

870125
8
24

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
GUADALAJARA**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ESTUDIO EN ADOLESCENTE DE LAS ESCALAS :
5(Mf), 7(Pt), 8(Es), Y 9(Ma) DEL M. M. P. I.**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

EDNA MARTHA FLORES FRANCO

GUADALAJARA, JAL.

1989.



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

	PAGINA
- AGRADECIMIENTOS	5
I CAPITULO	
- Introducción.	7
- Formulación del problema	8
- Objetivos de la investigación	8
- Evaluación del problema	8
- Limitaciones de la investigación	9
- Síntesis del proyecto	9
- Marco teórico	11
- Definición de términos básicos	15
- Variables	17
- Población y muestra	17
- Diseño o técnica de observación	17
- Instrumentos	18
II CAPITULO	
- Significado e importancia de la adolescencia.	20
- Cambios biológicos durante la adolescencia y sus consecuencias en el desarrollo psíquico.	22
- Desarrollo mental.	26
- Desarrollo emocional.	29
- Desarrollo social del adolescente.	32
III CAPITULO	
- Personalidad.	35
- Desarrollo de la personalidad.	39
- Personalidad del adolescente y sus problemas.	41
IV CAPITULO	
- Antecedentes y desarrollo del M. M. P. I.	48
- Descripción y estructura del M. M. P. I.	49
- Confiabilidad y validez	50
- Aplicación del M. M. P. I.	51
- Algunas investigaciones de interés realizadas.	52
- Derivación y estructura de las escalas de interés.	54
- Descripción de las escalas de interés.	59
V CAPITULO	
- Análisis de los datos.	64
- Conclusiones estadísticas.	66
- Tablas y gráficas correspondientes al análisis estadístico.	68
- Tablas generales de validez	95
- Explicación de la escala propuesta	96
- Escala propuesta	97
- Conclusiones finales	98
- Sugerencias para investigación.	100
- Referencias bibliográficas	101

AGRADECIMIENTOS

A G R A D E C I M I E N T O S

A Dios, por haberme permitido llegar a la meta propuesta, y haber sido el principal guía y luz de mi camino.

A mis padres, por brindarme su apoyo incondicional, su amor durante los momentos importantes y su comprensión durante los difíciles y cruciales de mi tan anhelado objetivo.

A mis hermanos, porque con su amistad, alegría y cariño me motivaron a superarme cuando las circunstancias así lo requerían.

A mis abuelitos, porque la sabiduría de su experiencia, a través de sus atinados consejos, me motivaron a lograr mi objetivo y servir a mis semejantes desinteresadamente.

A mi Alma Mater y mi Facultad, por haberme dado los conocimientos necesarios para mi formación académica, así como las bases necesarias para mi desenvolvimiento personal y profesional.

A mis maestros, por conducirme por el sendero del conocimiento con respeto y paciencia, y haber compartido conmigo su sabiduría y consejos, contando con ellos como verdaderos amigos cuando los necesité.

A mis compañeros y amigos, quienes durante toda la carrera me dieron muestras de apoyo y afecto sincero, haciendo de mi vida estudiantil una etapa importante en mi persona.

A Luisa Padilla muy especialmente, por ser mi leal compañera y amiga, durante toda la carrera, habiendo compartido nuestras dudas, reflexiones y conocimientos en todos los momentos. Por continuar con la unión que un verdadero amigo brinda.

A el Ing. Antonio César Tostado por su amistad y apoyo incondicional durante mi lucha. Por haberme enseñado a valorar el deseo de superación, y haberme alentado cuando más derrotada me sentía. Gracias por todo Toño.

I CAPITULO

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

Sin duda que la adolescencia es una etapa primordial en la vida de todo individuo, es por esto que ha dado lugar a un sinnúmero de investigaciones dando como resultado conclusiones frecuentemente confusas y contradictorias. Y no es por otra razón que por el hecho de que la conducta de los adolescentes es impredecible. Cada persona tiene su individualidad, su propio desarrollo; sin embargo existen infinidad de aspectos: orgánicos, sociales y culturales que le afectan.

Todos estos aspectos y más se deben de estudiar y profundizar en ellos, para comprender este período de turbulencia.

Se dice que el período de la adolescencia coincide con el despertar del sexo, que es para los organismos masculinos y femeninos, teniendo en cuenta cambios en cuanto al tiempo, una fase de crisis orgánica y afectiva, de efervescencia de agitación, en la cual las interferencias hormonales, las modificaciones de las tendencias, suscitan reacciones a veces muy vivas y a menudo sorprendentes. Así también presenta tal período, importantes problemas a los educadores y padres.

Cualquier persona que este trabajando o tratando de ayudar a los adolescentes no lo podrá hacer desconociendo que las experiencias emocionales, cambios físicos y sociales constituyen un importante acompañamiento del proceso de desarrollo de la personalidad del adolescente.

La presente investigación pretende abarcar de una manera global cada uno de los aspectos mencionados, citando las conclusiones más sobresalientes a las que han llegado al respecto.

FORMULACION DEL PROBLEMA

Existe una relación significativa entre los resultados obtenidos en el estudio de adolescentes de las escalas: 5(Mf), 7(Pt), 8(Es), y 9(Ma); del M.M.P.I. y los parámetros establecidos como normales por Hathaway para la calificación de estas escalas?

La adolescencia es una etapa en la que se busca el verdadero papel de la vida, hay un problema de identidad y una confusión total por el sinnúmero de cambios tanto físicos como psíquicos que se están gestando en el individuo. Considerando que todo esto influya de sobremanera al hacer una evaluación de la personalidad, y con el fin de profundizar en el estudio del adolescente, y mejorar la ayuda que se le ofrece; realizar investigaciones en este campo es de gran trascendencia porque al ayudar en su formación al adolescente se le darán mejores pautas para su vida adulta.

Debemos cuestionarnos si la etapa de la vida por la cual se está pasando no es importante para percibir de diferente manera lo que nos rodea.

La experiencia ajena y la propia, en aplicaciones del M.M.P.I. a adolescentes, ha llevado a observar que frecuentemente las escalas mencionadas alteran el protocolo dando como resultado un perfil patológico. Al revisar las preguntas que conforman las escalas de interés, y leer las respuestas dadas por los adolescentes reflejan más que otra cosa sus propias inquietudes y vivencias relacionadas con su etapa de vida transitoria, como también la influencia cultural. Esta es la razón por la que nació la inquietud por realizar la presente investigación.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Hacer una comparación entre los resultados obtenidos en las escalas: 5(Mf), 7(Pt), 8(Es) y 9(Ma) en aplicaciones del M.M.P.I. a adolescentes; con los resultados establecidos por Hathaway como esperados en protocolos normales.

Otro objetivo de la investigación es el de comparar los resultados obtenidos en las escalas mencionadas, entre los protocolos de mujeres y hombres, con el fin de establecer si existe una diferencia significativa en los resultados.

EVALUACION DEL PROBLEMA

El realizar un estudio de las escalas mencionadas del M.M.P.I. en

ESTUDIO EN ADOLESCENTES DE LAS ESCALAS: 5(Mf), 7(Pt), 8(Es), y 9(Ma) del M.M.P.I.

adolescentes, permite observar si existe un modelo similar en su manera de responder; y comparar los resultados con los ya establecidos por Hataway como esperados en protocolos de sujetos normales; también el conocer si existe una diferencia en los resultados obtenidos entre las aplicaciones a hombres y mujeres.

La escala 5(Mf), consta de 60 frases que tienen el objetivo principal de obtener respuestas relacionadas con intereses que puedan definirse, entre los que son propios de los hombres y de las mujeres.

La escala 7(Pt), consta de 48 frases elaboradas para clasificar la personalidad psicastenica, que describían como una persona tensa, cansada con excesivas dudas, gran variedad de temores por actos compulsivos y actos ritualistas, presentan sentimientos de culpa constantemente.

La escala 8(Es), consta de 78 frases elaboradas con el fin de detectar rasgos de personalidad esquizoide y aspectos de esquizofrenia, teniendo en cuenta sus primeras características que son: ambivalencia, autismo, problemas de afectividad y mala asociación de pensamientos. Su índice de validez es el más bajo de toda la prueba, ya que la esquizofrenia es muy compleja.

El objeto de la escala 9(Ma) fue el poder diagnosticar los estados de animo de la persona con características maniaco-depresivas tipo maniaco, caracterizado por una actividad intensa, gran distracción, elacion inestable, incansable, actitud de desconfianza y ademas megalomania.

Lo que se espera observar es una diferencia entre los resultados obtenidos en la investigación y los establecidos por Hataway. Teniendo puntajes por arriba de los normales en las escalas: 7(Pt), 8(Es) y 9(Ma); y por abajo de lo normal en la escala 5(Mf). Como también una diferencia entre los resultados de protocolos de mujeres en relación con los de los hombres.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

La investigación es realizada en adolescentes de edades entre los quince y veinte años, que esten estudiando su bachillerato en las preparatorias femenil y varonil de la Universidad Autonoma de Guadalajara.

SINTESIS DEL PROYECTO

Se realizará la aplicación colectiva de 100 inventarios multifásicos de la personalidad (M.M.P.I.) a adolescentes de ambos sexos entre los quince y veinte años de edad, estudiantes de las preparatorias Femenil y Varonil de la U.A.G.

La técnica a usar para la obtención de la muestra es una técnica no aleatoria, por cuotas, ya que deben de cumplir con los requisitos

anteriormente mencionados.

La muestra de 100 a su vez es dividida en dos grupos; uno integrado por cincuenta jovencitas y el segundo por cincuenta varones.

Los resultados obtenidos de los protocolos de los adolescentes, son revisados cuidadosamente para luego hacer una comparación con los puntajes establecidos como normales por Hathaway y McKinley. Así como una comparación entre los resultados obtenidos en protocolos de mujeres en relación con los resultados obtenidos en protocolos de hombres para observar si existe una diferencia significativa.

M A R C O T E O R I C O

Una de las teorías que se ha tomado como base para la investigación es la Psicología Biogenética de la Adolescencia, según G. Stanley Hall. Uno de los primeros discípulos de Freud.

G. Stanley Hall (1844 a 1924) es considerado por muchos padre de la psicología de la adolescencia. Se trata del primer psicólogo que estableció una psicología de la adolescencia como hecho en sí y utilizó métodos científicos para su estudio. Puede decirse que tendió un puente entre el enfoque filosófico y especulativo del pasado y el científico y empírico del presente.

Para Hall la adolescencia es el período que se extiende desde la pubertad, alrededor de los doce a los trece años, hasta alcanzar el status adulto. Según Hall finaliza relativamente tarde entre los veintidos a los veinticinco años. Describía la adolescencia como un período característico de Sturm and Drang, "tormenta e ímpetu". Esto tiene cierta analogía con los escritos a finales del siglo XVIII en la teoría de la recapitulación, en la que afirman que la adolescencia corresponde a una época en que la raza humana se hallaba en una etapa de turbulencia y de transición.

Hall percibe la vida del adolescente como una fluctuación entre varias tendencias contradictorias. Energía, exaltación y actividad sobrehumanas alternan con la indiferencia, el letargo y el desgano. La alegría exuberante, las risas y la euforia ceden lugar a la disforia, la lobreguez depresiva y la melancolía, que daría un cuadro de hipomanía. El egoísmo, la vanidad y la presunción son tan característicos de este período de la vida con el apocamiento, el sentimiento de humillación y la timidez.

El adolescente desea la soledad y el aislamiento, pero al mismo tiempo, se encuentra integrando grandes grupos y amistades.

Nunca sus compañeros ejercen tan grande influencia sobre él. Por momentos el adolescente exhibirá una sensibilidad y ternura exquisitas; en otros, dureza y crueldad. La apatía y la inercia alternan con una curiosidad inusitada y un impulso de descubrir y explorar.

Otro personaje de la psicología, de la investigación es Erikson, quien afirma que una tarea indispensable que el adolescente debe llevar a cabo, es desarrollar su sentido de la propia identidad. "Antes de que el adolescente pueda abandonar con éxito la seguridad de su dependencia infantil, deberá tener cierta idea de quien es, a donde va y cuales son las posibilidades de llegar a su destino". 1(*)

Erikson toma en cuenta la importancia que tiene el medio ambiente en el desarrollo correcto del Yo.

Durante largo tiempo el proceso del crecimiento y desarrollo humano ha

sido objeto de numerosas investigaciones, discusiones y teorizaciones. Pero es a partir de los comienzos del siglo XX que se ha dedicado especial atención al período evolutivo comunmente llamada "adolescencia". La profusa literatura actual sobre adolescencia muestra el profundo interés que ha suscitado en psicólogos, educadores, médicos, juristas, etcétera.

Son numerosas las teorías formuladas para explicar el fenómeno de la adolescencia. Esas teorías han conducido a puntos de vista discrepantes. En siglos anteriores, quienes defendían opiniones opuestas en psicología evolutiva fundaban sus argumentos principalmente en experiencias personales y consideraciones filosóficas. En los últimos años, en cambio, se recurre cada vez más a estudios sistemáticos, observaciones controladas e investigaciones experimentales. Estos métodos científicos de investigación han eliminado algunos de los antiguos y erróneos conceptos acerca del desarrollo adolescente, pero no han resuelto muchos de los problemas en discusión.

Sociológicamente, la adolescencia es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma. Psicológicamente, es una "situación marginal" en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto. Cronológicamente, es el lapso que comprende desde aproximadamente los doce a trece años hasta los primeros de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales. Tiende a iniciarse antes en las niñas que en los varones.

La adolescencia ha sido considerada como una etapa de transición, es el período vital que experimenta el individuo, comprendido entre la niñez y el desconocido mundo de los adultos, mundo donde todo debe ser responsabilidad tanto física como social y económica.

El adolescente debe irse liberando de sus lazos con personas que fueron significativas para él durante la niñez, debe renunciar a los placeres y ambiciones pasadas en forma más rápida que en cualquier otra fase de su desarrollo anterior. Al irse preparando para dejar su hogar paterno debe alcanzar madurez sexual, amor y responsabilidad en sus relaciones sociales y personales. Surgen en este período nuevos intereses, valores, sublimaciones, necesita normas y metas nuevas que le van a conducir como adulto a su vida futura. En esta época existen toda clase de tendencias contradictorias, se vuelven vagos y flojos, o bien creadores, el amor apasionado idealista coexiste con una fría indiferencia; el egoísmo puede verse junto a un interés exagerado por los demás y deseos de sacrificio. Todo lleva a comprobar una inestabilidad constante de conducta.

Se les ve asumir diferentes poses, jugar, con todos los elementos escenográficos hasta encontrar el que mejor les sirva, la fachada que más los comprometa. Esta posibilidad es fruto de la naturaleza transitoria en la sociedad y la continua inseguridad de su papel, hace a los más vulnerables, víctimas de su ansiedad, la frustración y la desesperación.

Pueden ser pasivos e impacientes, dinámicos y celosos y sin embargo poseen sus ideas, opiniones y sin miedo en ocasiones heroicamente las defienden. Cambian de tolerante a desconcertante con rapidez.

Las características mencionadas en la etapa de la adolescencia son fáciles de confundirse con trastornos psicológicos, como sería el caso de los trastornos maniaco-depresivo y obsesivo-compulsivo; los cuales son medidos por las escalas 9 (Ma) y 7 (Pt) respectivamente.

La adolescencia concluye físicamente con el establecimiento de la estructura corporal madura y el funcionamiento de las glándulas de secreción interna, particularmente las que se relacionan con el sistema reproductor. Concluye psicológicamente con el establecimiento de normas relativamente coherentes para encarar los conflictos anteriores y las exigencias de la realidad con que se enfrenta el individuo físicamente maduro. Pero para que se de este establecimiento, primero el adolescente deberá pasar por una etapa difícil en la que su identidad en general sufre grandes desequilibrios. De aquí que algunas veces los adolescentes presentan perfiles anormales en escalas como la 5(Mf), ya que hay una etapa en que ellos prefieren la compañía de personas de su propio sexo a relacionarse con el sexo contrario. Esto solo se da por un lapso de tiempo que pronto terminará para dar lugar a las relaciones con personas del otro sexo.

Los cambios biológicos traen consigo alteraciones también de conducta y dificultades de adaptación, puesto que la sexualidad del individuo entra en conflicto con su seguridad. La madurez sexual influye sobre todo en el sistema nervioso, no sólo provoca el incremento de la excitabilidad, sino que al mismo tiempo disminuye la resistencia contra el desarrollo de síntomas histéricos y neuróticos.

Por eso durante la adolescencia, todo individuo es especialmente proclive a que en él se desarrollen síntomas psicopatológicos.

Durante este período de preestabilización fisiológica todo intento por construir una estructura psicológica se asienta sobre arenas movedizas. Una vez lograda una relativa estabilidad fisiológica, la estructura psicológica puede contruirse sobre bases firmes.

"Esto ayuda a afirmar que cualquier intento por diagnosticar en este período de transición al adolescente, será en vano". 2(*)

Durante la adolescencia la respuesta psicológica del individuo sufre la influencia directa del aspecto particular del crecimiento físico que predomine.

En el temprano período de crecimiento físico; el tipo psicológico se caracteriza por una crecida capacidad del Yo para enfrentarse con la realidad. Cuando comienzan a funcionar los órganos reproductores, los mecanismos psicológicos de adaptación son desbordados por el impacto de nuevos impulsos y por la intensificación de los viejos. Como consecuencia, dejan de ser adecuadas las primeras defensas establecidas por el Yo. Al alcanzar la estabilidad física un nivel de relativa madurez, el individuo vuelve a desarrollar su capacidad de integración psicológica.

En la estructura del joven organismo viviente existe el impulso intrínseco de crecer. El mismo es evidente de por sí, por lo menos en lo que respecta al desarrollo físico del organismo; probablemente sea igualmente verdadero en lo que hace a la estructura psicológica, pero

este se realizará poco después de alcanzado lo anterior.

El mecanismo de desplazamiento también puede explicar muchas quejas físicas. La ansiedad frente a la sensación física se convierte en la representación simbólica de la ansiedad básica referida a la adaptación. El adolescente se siente incomodo y trata de estructurar la incomodidad refiriéndola a su bienestar físico. Las preocupaciones físicas son más fáciles de enfrentar, de exponer a los demás y de tranquilizar que las imprecisas y nebulosas fuentes psicológicas de la ansiedad.

El estado emocional esta al borde del pánico; puede parecer esencialmente confundido, confusión que se oculta tras apariencia de adaptación del Yo.

Una estrecha observación de grupos de adolescentes sugiere sin embargo, que practicamente todo adolescente es desbordado en alguna medida, durante un breve periodo, por los efectos de maduración psicológica. Sus defensas no son adecuadas para enfrentar la tensión a la cual esta expuesto.

Es necesario un periodo considerable, meses o quizás años, para que el individuo halle solución a los problemas subyacentes que se desarrollaron antes y que ahora se han vuelto más intesos, a los problemas de reciente adquisición; es este el punto de vista psicólogo, y el periodo al que se hace referencia en todo estudio de los problemas emocionales de la adolescencia.

El comportamiento del adolescente es impulsivo y confuso en cuanto a sus objetivos. Esto molesta, tanto a los adultos que se interesan en su adaptación social presente y futura; como también asusta y molesta al propio adolescente.

En la adolescencia la oleada de nuevos impulsos y viejas tendencias revitalizadoras coloca al individuo en una situación relativamente frustrante. Los padres imponen limitaciones a muchos tipos de satisfacciones, que son obedecidas en mayor o menor grado para evitar la ansiedad que producirá la desaprobación parental. El adolescente posee una gran cantidad de energía desorganizada que los adultos desearían que canalizara hacia objetivos constructivos. Pero el que aún no ha determinado sus objetivos, desea expresar la energía impulsivamente en la medida en que ella aumenta. Por ello el adolescente es ruidoso, se precipita de un lugar a otro desorganizadamente, se ríe fuerte, muchas veces es intratable, habla demasiado fuerte, canta con frecuencia y olvida sus modales.

- 1(*)John Coger "Adolescencia generación presionada" pag. 9
2(*)Josselyn Irene M. "El adolescente y su mundo" pag. 46

DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

ADOLESCENCIA:

Del latín adolescere, que significa crecer o llegar a la maduración. Periodo o crecimiento y desarrollo humano que trascurre entre la pubertad y la edad adulta.

ESCALA:

Tabla de valores verificado experimentalmente, que sirve de término de comparación. Sistema progresivo de valores, cada uno de los cuales constituye un valor estandar, usado para medir datos de alguna clase.

ESTUDIO:

Término amplio que significa atención concentrada hacia un tema, con el propósito de adquirir información acerca de él, de resolver problemas relacionados con él, o de aprenderlo de memoria.

ESQUIZOFRENIA:

Trastorno mental de carácter psicótico caracterizado por trastornos del pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. El trastorno del pensamiento se manifiesta por una distorsión de la realidad, especialmente por medio de ideas delirantes y alucinaciones, acompañadas de una fragmentación de las asociaciones que da lugar a un lenguaje incoherente. El trastorno del estado de ánimo se manifiesta por respuestas afectivas inadecuadas. El trastorno de conducta se manifiesta por ambivalencia, aislamiento apático y actividades extrañas. Conocido anteriormente como demencia precoz; el término esquizofrenia fue introducido por Eugen Bleuler. Las causas de la esquizofrenia siguen siendo desconocidas. Entre los tipos de esquizofrenia se incluyen los tipos: Catatonico, Paranoide, Residual, Indiferenciado y Desorganizado.

OBSESIVO-COMPULSIVO (ANTERIORMENTE DENOMINADO PSICASTENIA):

Las palabras obsesivo y obsesión se refieren a una idea o pensamiento importuno. Las palabras compulsivo y compulsión se refieren a una fuerza o impulso persistente a la acción que, cuando se pone en acción, conduce a un acto compulsivo.

Cuando la conducta o los pensamientos repetidos son inapropiados se consideran como síntomas obsesivo-compulsivos su propósito principal es el de la evitación sin aclarar exactamente en que consiste la amenaza.

ENFERMEDAD MANIACO-DEPRESIVO (ANTERIORMENTE DENOMINADO HIPOMANIA).

Trastorno Grave en el cual se dan importantes modificaciones en el estado de ánimo y habitualmente una tendencia a la remisión y a la recurrencia. En el estado maniaco, el paciente esta excesivamente eufórico e hiperactivo, en el tipo deprimido, el paciente sufre de un estado de ánimo deprimido, ansiedad y una posible retardación física que puede acabar en estupor. En la forma circular de trastorno, la persona afecta sufre al menos uno de cada tipo de estos trastornos.

DESVIACION SEXUAL:

Trastorno psíquico caracterizado por intereses y conducta sexuales diferentes de los culturalmente aceptados. Entre las desviaciones sexuales se incluye el interes sexual por objetos diferentes de una persona del sexo opuesto, como ocurre en la homosexualidad o en las parafilias; prácticas sexuales extrañas, tales como la Necrofilia, y otras actividades sexuales que no se acompañan del coito.

VARIABLES

EDAD: Entre quince y veinte años.

ESCOLARIDAD: Cursando Bachillerato.

POBLACION Y MUESTRA

La población a la que afecta la investigación es a los adolescentes de ambos sexos que cursan su bachillerato en la Preparatoria Femenil y Varonil de la Universidad Autónoma de Guadalajara.

El muestreo es realizado mediante la técnica no aleatoria por cuotas. Especificando que cada unidad de la muestra deberá contar con todas las características arriba mencionadas. La muestra tomada es de 100 adolescentes, 50 hombres y 50 mujeres.

DISEÑO O TECNICA DE OBSERVACION

Se tomó a las unidades de análisis para hacer la aplicación de la prueba psicológica, cuando se ajuste a las características requeridas.

MUESTRA DE LA INVESTIGACION _____ APLICACION DEL TEST.

INSTRUMENTOS

-Cuadernillo de aplicación del M.M.P.I.

-Hojas de respuesta del M.M.P.I.

-Lápiz

Para esta investigación se utilizará el Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I.) de Minnesota, el cual mide personalidad. Esta prueba consta de 566 preguntas en forma de afirmación positiva o negativa, y correspondiendo a muchos aspectos psicopatológicos de la personalidad.

La escala (?), es la integrada por frases que el sujeto omite.

La escala L, es para evaluar el grado de franqueza del sujeto al tomar la prueba.

La escala F, no es una escala de personalidad, pero se utiliza como una forma de evaluar la validez total de todo protocolo.

La escala K opera como la escala de corrección para las escalas clínicas: 1(Hs), 4(Dp), 7(Pt), 8(Es), y 9(Ma), pero también como índice de ciertas características de personalidad.

Además existen diez escalas clínicas enumeradas que son:

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 1. (Hs) Hipocondrias | 6. (Pa) Paranoia |
| 2. (D) Depresión | 7. (Pt) Psicastenia |
| 3. (Hi) Histeria | 8. (Es) Esquizofrenia |
| 4. (Dp) Desviación Psicopática | 9. (Ma) Manía |
| 5. (Mf) Masculinidad-Feminidad. | 10. (Si) Introversión-Extroversión |

Se utilizarán las escalas L, F, K, para probar la validez de la prueba y de cuatro escalas clínicas: 5(Mf), 7(Pt), 8(Es), y 9(Ma).

Se espera obtener puntajes altos en estas escalas en los resultados de los adolescentes de la muestra.

III CAPITULO

SIGNIFICADO E IMPORTANCIA DE LA ADOLESCENCIA

Es necesario profundizar en el término Adolescencia, así como conocer su significado.

Adolescencia se deriva de el latín adolescere, que significa crecer o llegar a la madurez, y ha sido definido por diferentes psicólogos.

Stanley Hall define a la adolescencia como un momento característico y decisivo de la evolución humana, de esta manera, la adolescencia es un nuevo nacimiento, los rasgos humanos surgen en ella más completos, las cualidades del cuerpo y del espíritu son mas nuevas; el desenvolvimiento es menos gradual y más violento. El crecimiento proporcional de cada año aumenta, siendo muchas veces doble del que correspondería y aún más; surgen funciones importantes hasta ayer inexistentes.

Las diferencias individuales y las medias de errores en todas las mediciones físicas y en todos los test psicológicos aumentan. Los intereses sociales y una nueva vida de amor se inician. Es la edad del sentimiento y de la religión; de las rápidas oscilaciones del humor.

Shopen la define como la lucha entre el niño y el hombre, como el esfuerzo del individuo para formarse automáticamente y comprender plenamente el sentido de la propia existencia.

Lemke repite a Hall cuando afirma que el período inicial de la adolescencia (denominado pubertad), es un segundo nacimiento.

Groos caracteriza ese período de la vida por la aparición de los instintos sexuales.

Baver encuentra el sentido profundo de la adolescencia en el conflicto entre el yo y el mundo.

Juan Mantovani afirma que es este, el momento de más fácil sumisión de la vida a la dirección del espíritu; la edad mas apta para convertir la cultura en uno de los mayores intereses de la vida.

Para Brooks, la palabra adolescencia se refiere al período de crecimiento que se extiende aproximadamente de los doce hasta los veinte años. Termina realmente con la virilidad en el hombre y con la madurez en la mujer. Durante ese tiempo las funciones de reproducción maduran. No se debe suponer sin embargo, que la adolescencia se caracteriza únicamente por ese hecho. Varias modificaciones, físicas, mentales, morales se realizan en la misma época y sus relaciones y coordinaciones son importantes para una comprensión exacta de esa hora de la vida.

Para Spanger, el adolescente no vive su estructura psíquica ni sus estados como fenomenos evolutivos. El adolescente no se comprende a sí mismo por completo ya que no tiene idea de sus crisis y evoluciones.

Las definiciones de la adolescencia se multiplican. Unos Psicólogos la

caracterizan por la aparición de los instintos sexuales; otros lo apuntan como un periodo de psiquismo especial que crea o provoca conflictos esfuerzos de adaptación e integración; luchas entre el Yo y el mundo, la búsqueda de su propia identidad.

Sea como fuere, los fenómenos básicos son señalados más o menos claramente por todos. Se está de acuerdo en que se operan profundas modificaciones en el organismo total; en que la estructura corporal se desenvuelve; varios procesos fisiológicos y químicos se modifican y las funciones espirituales se orientan hacia la vida adulta.

Es un estadio en el desarrollo en el que ni se es niño, ni se es adulto, sin embargo se tienen características de ambos, el joven lucha por autodirigirse y poseer sus propias ideas; debe conocer su nuevo cuerpo, sus potenciales para sentir y comportarse y lograr integrar todo esto a su nueva imagen; definir el lugar que ocupará en su vida adulta, intensificando su cautela y conciencia.

El desarrollo y ajustes de los adolescentes es un problema serio que concierne tanto a los padres de familia como a todos los profesionistas que trabajan con jóvenes para ayudar en su integración a la sociedad. Para conocer la situación real del adolescente y poderle prestar ayuda, solo exámenes combinados antropométricos, fisiológicos y psicológicos, y estudios atentos de las condiciones de los diferentes medios, natural, familiar, escolar, social y cultural, serán los instrumentos más valiosos del estudioso. Y tomar en cuenta el estudio simultáneo de los diferentes cambios existentes tanto físicos como mentales, biológicos y morales.

Sin embargo es más difícil el identificar los cambios psicológicos porque no se cuenta con técnicas adecuadas para su medición.

Por último, se ha establecido que la adolescencia concluye físicamente con el establecimiento de la estructura corporal madura y con el funcionamiento maduro de las glándulas de secreción interna particularmente las que se relacionan con el sistema reproductor. Concluye psicológicamente con el establecimiento de normas relativamente coherentes para encarar los conflictos interiores y las exigencias de la realidad a que se enfrenta el individuo psicológicamente maduro.

El efecto de los trastornos del desarrollo físico sobre la adaptación psicológica y, a su vez, el efecto de los problemas psicológicos sobre el bienestar físico, son manifestaciones que resultan familiares. En esta etapa ambos procesos presentan una mayor correlación.

CAMBIOS BIOFISICOS DURANTE LA ADOLESCENCIA Y SUS CONSECUENCIAS EN EL DESARROLLO PSIQUICO.

La adolescencia es un período de cambios radicales en la totalidad del individuo, caracterizada por acentuados cambios, sociales psicológicos y físicos, que no son independientes entre sí, se afectan mutuamente.

El drama de este período no puede iniciarse sin un prólogo, y este prólogo acertadamente se ha definido como el período de pubertad. La pubertad es un período de muerte y renacimiento, cambios profundos y penetrantes en el corazón y glándulas, en el sistema óseo y muscular, en pulmones y sistema nervioso transforma rápidamente al delicado niño en un adolescente robusto.

Desaparece el niño de sonrisa pueril o infantiles trenzas, apareciendo en su lugar un ser extraño -medio niño, medio adulto- que se esfuerza con desesperación por cabalgar entre estos dos mundos. El momento preciso en que comienza la pubertad es difícil de determinar. En cuanto comienza la pubertad aumentan las diferencias entre los sexos, no solo en el aspecto somático, sino también en lo psíquico.

En la mujer fisiológicamente se manifiesta por la menstruación, por la aparición de los primeros pelos pubianos y axilares y por el desarrollo de los senos; en el hombre, por la aparición de los mismos pelos, por la modificación de la voz y por el bocado de Adán.

Las muchachas en conjunto preceden aproximadamente en dos años a los muchachos en la maduración psíquica y somática y respecto a la pubertad en sentido estricto. Las condiciones culturales son también determinantes. Existe una ulterior complicación, pues aun cuando la muchacha de tipo medio de los doce a los quince años está más madura biológicamente que el muchacho de tipo medio de esa edad, éste es más precoz en su comportamiento sexual.

En algunas investigaciones, se ha encontrado que las muchachas que maduran pronto han de afrontar la tensión de la pubertad a una edad más temprana y de una manera más tajante. Sin embargo el muchacho que madura pronto probablemente esto le reporta ventajas y no desventajas. 1(*)

Además de las modificaciones físicas de madurez sexual, la pubertad trae consigo otros cambios más. Al lado de las situaciones sociales diferentes, las modificaciones físicas ayudan a formar la conciencia del sexo.

Los individuos de sexo contrario se miran y ven de modo distinto, lo que implica a menudo una separación entre chicos y chicas. Las amistades entre un mismo sexo son vigorosas en esta etapa. Por lo común tal fenómeno es pasajero, para dar paso a la intensificación de la atracción hacia el sexo opuesto.

Se debe tener en cuenta que la adolescencia es una era de mutaciones, en las cuales el mecanismo hormonal sufre profundas mudanzas que pueden

inspirar el mas extraño comportamiento en la esfera sexual, social, moral, etc. A su vez el adolescente busca su propia identidad y todo el desarrollo físico que se gesta en la pubertad desempeña un papel muy importante.

Algunos de los cambios físicos son espectaculares. En un solo año es posible que el muchacho crezca hasta diez centímetros y más. Otros cambios son dramáticos hoy la jovencita es niña, pero mañana tiene la primera menstruación y es mujer.

Se dá lugar a cambios de la cara del niño a una fea y desproporcionada, inanimada. Los movimientos se hacen torpes y bamboleantes debido a que aún no tiene noción de lo que han crecido sus propias partes del cuerpo. Risas "tontas" y groserías sin objeto, conducta informal, escritura y lenguaje torpes.

Se requiere tiempo para que los adolescentes se habituen a los cambios en sus proporciones corporales este período ha sido denominado edad difícil. Las características de muchos de los adolescentes pueden ser explicadas por las dificultades que éstos tienen para entender y ajustarse a todas las funciones fisiológicas que estan experimentando, las opiniones y actitudes de una persona sea o no consciente de sus orígenes, influye profundamente en su respuesta a los cambios que se producen durante la adolescencia y no solo sus propias respuestas sino también las de los que los rodean.

Los procesos emocionales que acompañan al sinnfn de cambios fisiológicos son variados. Se llega a un primer conocimiento del Yo a través de la imagen que se ha alcanzado del esquema corporal. La pubertad provoca un cambio radical en esta imagen, y el esquema corporal penetra en una variación constante. Cada una de las variaciones representa un estímulo para la persona anímica y así por ejemplo al adolescente le costará aceptar su cambio de voz, su nueva imagen etc. Su imagen corporal estará influida también por experiencias que le han llevado a verse a sí mismo como robusto o como débil físicamente; como vulnerable al ataque o capaz de defenderse a sí mismo; como apto o inapto para soportar el dolor, la movilidad afectiva esta intensamente elevada en las muchachas más en dirección de la alteración del ánimo hacia la tristeza, en los muchachos más hacia los afectos del lado del displacer; simultaneamente se halla disminuido el dominio sobre la expresión de los sentimientos. Con ello se relaciona el aislamiento social, las alteraciones y el destemple afectivos desencadenan colisiones que a su vez aumentan la irritabilidad afectiva.

En una investigación realizada por Sollinberger se obtuvo información concerniente al contenido de hormonas masculinas y también a las inclinaciones y actitudes de varios muchachos. Había una acentuada correlación entre el contenido de hormonas y la maduración de sus inclinaciones. Como ulterior comprobación, diez muchachos con elevado contenido hormonal fueron comparados con trece muchachos de escaso contenido. Una elevada proporción de muchachos con elevado contenido hormonal masculino, mostraban interes por actividades heterosexuales, por el ornato personal y por los deportes de competición energicos. 2(*)

Así como en otro estudio se encontro que aquellos jovencitos entre los diecisiete y dieciocho años mejor desarrollados tienen un mejor ajuste

personal, y un mejor prestigio social que aquellos que son mas débiles.
3(*)

Debido a la producción de excesos, el aumento de las impertinencias, aumento de la labilidad interior por los conflictos con el mundo exterior; se puede entender que los adolescentes se encuentran en una hora intermedia en la cual ya no son niños de anlaño y todavía están lejos de la madurez del mañana. Ya no admiten ser tratados como antes y sin embargo continuan siendo incapaces de conducirse por sí mismos, de saber lo que realmente quieren, de dominar su emotividad, no sin frecuencia desgobernada.

Con la pérdida de las costumbres de la conducta infantil madura y de la subordinación a una comunidad desaparece también la innata seguridad en sí mismos y en su lugar aparece una vacilación entre sentimientos de debilidad, porque todavía no se es mayor, y porque ya no se siente niño, lo que muestra la voz quebrada, se vuelve distraído, sueña despierto, baja su rendimiento en muchos test cualitativos.

Anhela la seguridad y el amor de su infancia hace poco abandonada, aspira desesperadamente por conseguir los estímulos de la edad adulta, y de este modo se enfrenta y aparta de las personas que más los quieren ayudar, sus padres. Desorientado, rebelde, asustado, airado, indeciso, solicitando los privilegios del adulto en unas cosas, y en otras irresistiblemente infantil, aparece ante sus padres y educadores como una inexplicable mezcla de cualidades que están lejos de poder ser comprendidas.

Todo lo antes mencionado es parte del proceso de acercamiento hacia la madurez hasta finalmente llegar a ella. Se debe destacar que sin el desarrollo sexual no habría adolescencia por tanto no se lograría una madurez.

La adolescencia concluye físicamente con el establecimiento de la estructura corporal madura y con el funcionamiento maduro de las glándulas de secreción interna particularmente las que se relacionan con el sistema reproductor. Concluye psicológicamente con el establecimiento de normas relativamente coherentes para encarar los conflictos interiores y las exigencias de la realidad con la que se enfrenta el individuo psicológicamente maduro.

El efeto de los trastornos del desarrollo físico sobre la adaptación psicológica y, a su vez, el efeto de los problemas psicológicos sobre el bienestar físico son manifestaciones que resultan familiares. Es en esta etapa donde ambos procesos presentan una mayor correlación.

Con lo anterior se evidencia la necesidad de una atención específica a la adolescencia, atención que tenga en cuenta las condiciones físicas, fisiológicas, emocionales y psíquicas del joven en el período que ocupa, sus intereses, necesidades y posibilidades de vida. Atención que respete las leyes del crecimiento que no desdigne ni el menor indicio de perturbación en el desenvolvimiento individual que mire cuidadosamente los mínimos síntomas de desequilibrio, no ya en lo tocante al desenvolvimiento mental, al crecimiento físico, y al comportamiento social sino a su conducta total.

- 1(*) Arthur T. Jessild. "Psicología de la Adolescencia" pag. 76
2(*) Arthur T. Jessild. "Psicología de la Adolescencia" pag. 64
3(*) Arthur T. Jessild. "Psicología de la Adolescencia" pag. 78

DESARROLLO MENTAL

Durante la adolescencia, los jóvenes normales avanzan en muchos frentes intelectuales. Ganan en capacidad y en fuerza intelectual. Acrecientan sus dónes de percibir relaciones y de resolver problemas de complejidad y dificultad creciente. Adquieren una gran capacidad para manejar ideas abstractas. Mejoran en esas facultades que se miden de ordinario en los test de inteligencia. Y continúan ganando en amplitud de conocimiento, en profundidad de comprensión, en discreción y en sentido común.

Con un poco de estímulo, muchos de ellos tratan también de comprenderse a sí mismos y a otros.

Pero no es tan fácil lograr una conclusión como la anterior ya que existen infinidad de opiniones contradictorias respecto a esto. Así se puede leer que el desarrollo mental entre los nueve y los diez años es generalmente mayor que entre cualesquiera otros dos años posteriores. Que con el comienzo de la pubertad, se produce una acentuada aceleración en las evoluciones de toda la vida psíquica; que la inteligencia se desarrolla con mas rapidez durante la adolescencia, que durante la niñez aparecen nuevas ideas, que el poder de razonamiento aumenta rápidamente durante la adolescencia; que el desarrollo del vocabulario parece detenerse durante un año o dos al principio de la adolescencia; que las capacidades mentales presentes durante la adolescencia, estaban ya presentes con anterioridad; que las diferencias entre la adolescencia y la niñez son más de grado que de calidad; que la adolescencia representa el nacimiento de una nueva personalidad; que en la adolescencia aparece un agudizamiento de los sentidos y que los albores de la adolescencia se caracterizan por las numerosas imágenes sensorias especiales; que se alientan ilusiones de ideas elevadas, renunciamientos y olvidos de sí mismo; que la memoria alcanza su climax a los dieciseis o diecisiete años; que la adolescencia dura diez años o mas, durante los cuales el desarrollo en todos sus aspectos es sumamente rápido y constante; que la amplitud de las diferencias individuales en todos los test psíquicos aumenta durante la adolescencia; que se produce un renacimiento de la imaginación; que la niña adolescente que hasta ayer se dejaba de buen grado guiar y dominar por sus padres, de pronto comienza a resentirse por las órdenes directas, quieren saber el porqué de las cosas, se rebela etc.

Lo anterior dá una idea de lo confuso que es el estudio de adolescentes. Si se acepta la mayor parte de lo expuesto anteriormente se puede llegar a la conclusion de que los adolescentes varían tanto que la adolescencia es un periodo de contradicciones inherentes o inevitables, que en consecuencia es y será siempre imposible el pronóstico de la conducta de el adolescente.

Sin embargo, la importancia y el número y tipo de cambios que están tomando lugar en varias de sus funciones mentales es mucha. El grado de agudeza mental que poseen y que tratan de utilizar adecuadamente durante su adolescencia representa un factor significativo en su adaptación a sus responsabilidades como adulto, en su desarrollo emocional, su adaptación

social y su autovalorización.

Respecto al último punto cabe decir que durante los años del colegio sus capacidades intelectivas son puestas a prueba constantemente. Una vez y otra vez reciben una graduación o calificación de sus maestros, de sus iguales o de ellos mismos. Descubre que aprende con mas rapidez, como la mayoría o mas lentamente que los otros. En el trabajo cotidiano de muchas clases hay oportunidades, sin duda, para que el alumno exprese verbalmente algun genero individual de pensamiento, o para escribir composiciones originales que tengan un sabor personal. Pero cuando sus notas son bajas hay pocas oportunidades para que marque la impronta de su propia mentalidad en los exámenes en masa que dan el veredicto eficaz respecto a la valia de su mente.

Ocurren muchas cosas curiosas cuando los muchachos se ponen a prueba afirman los datos de sus mentes de esa forma competitiva, se podria esperar que los que pierden en los maratones academicos tuvieran una pobre opinion de su propia valia; en tanto que los otros, los primeros en llegar resplandecientes de orgullo. Pero varios estudios han demostrado que existe una escasa relación entre la estimulación propia y las realizaciones mediante las cuales se efectúa en masa la medición de los logros intelectuales. Muchos de los que estan excepcionalmente dotados se sienten inferiores y eso es en parte a que no se miden en relación al termino medio sino que se comparan con los mas capaces. En el caso de los muchachos con capacidades mas modestas, muchos al parecer, se crean una coraza de resistencia, de rebeldia y de negación para protegerse a si mismos contra los recuerdos de que sus maestros los consideran como de segunda categoría, pueden destacar en otras actividades para realizar su estimación propia de modo conciente. Además de influir en su concepto de quien y que es, las valorizaciones de los adolescentes respecto a su propia capacidad intelectual afectara a sus esperanzas respecto a quien es y que puede llegar a ser.

En la imagen que forman de sí mismo los muchachos respecto de sus facultades mentales habra naturalmente, diversos grados de realismo. Puede ser perspicaz en el enjuiciamiento de sus capacidades o puede subestimarse o sobreestimarse. Pero sea o no valoración realista, tendra una influencia vital en su vision cada vez mas personal de la vida. Asi pues en esta valoración influyen grandemente los maestros quienes frecuentemente solo toman en cuenta las calificaciones y realizaciones intelectuales como puntos importantes. Se debe hacer hincapié en la importancia de factores tanto emocionales, sociales como intelectuales para conocer la potencialidad del adolescente.

No se puede hacer a un lado la influencia que es el medio ambiente para el desarrollo mental del joven, porque aún y que tuviera un desarrollo neurológico adecuado, si no se le impulsa a practicar diferentes tipos de razonamiento, no se lograria un desarrollo mental satisfactorio.

"El adolescente tiene a su disposición un gran número de operaciones cognitivas con las cuales puede hacer frente a sus problemas... tiene un modo de pensar versátil y tiene muchas formas y perspectivas para considerar los problemas... No es probable que se confunda con los resultados no esperados o raros porque desde antes ha pensado en todas las posibilidades". 1(*)

A medida que el joven madura intelectualmente se producen cambios en su pensamiento y en su formación conceptual, tiene una mayor capacidad para generalizar; acrecenta su capacidad para manejar abstracciones así como su capacidad para abordar el concepto del tiempo; capacidad creciente para manejar ideas que no afectan personalmente de modo inmediato; capacidad creciente para el pensamiento lógico y la comunicación. El adolescente llega a una realización aún más importante cuando es capaz de concebir una idea abstracta, como hipótesis, y ver a donde puede llevarla, aun cuando sea contraria a los hechos conocidos. Pero alcanza un logro todavía mayor cuando es capaz de tener en cuenta una idea abstracta mientras examina las consecuencias lógicas de una línea de pensamiento.

Se debe mencionar que se ha encontrado que el género de capacidad mental que se mide por los test de inteligencia utilizados habitualmente continúa "creciendo" hasta aproximadamente la edad de veinte años o más, aun cuando la proporción del crecimiento no sea tan rápida al acercarse a los veinte años como en los años primeros. La cantidad de los cambios varía también de acuerdo con el género de tarea mental que se efectúa.

A la vez que se hace rápidamente más y más extenso el horizonte físico, psíquico y social de los adolescentes y que, por lo mismo, se multiplican todos los fenómenos -percepciones, juicios, creencias, sistema de creencias, sentimientos- que afectan al Yo, y que lo hacen percibirse a sí mismo en nuevas perspectivas, y sentirse en relación directa o en relación simbólica, con todo lo que lo afecta, se desarrolla la emoción; así como esta fertiliza las emociones fertiliza toda la vida mental. Espontáneamente combina, su contenido cognitivo, con todo lo cual el adolescente va sin cesar creciendo en aspiraciones y anhelos, que por el color emotivo con que están inflamados, parecen reales al adolescente de aquí que la imaginación pues ejercerá una acción enorme sobre creencias, juicios, emociones, sentimientos, conaciones y voluntad.

1(*) Deane E. Papalia.

"Psicología del desarrollo" pag. 530

DESARROLLO EMOCIONAL

Para comprender al adolescente es importante saber lo que hace y lo que piensa, pero aún importa más saber lo que siente. Cuanto más se examinan sus sentimientos, su orgullo o su vergüenza, su amor o su odio, su esperanza o su descorazonamiento, así como sus temores, se llegará a un mayor conocimiento del mismo.

Los adolescentes mismos exaltan la importancia de sus emociones. Cuando los jóvenes comunican lo que admiran o lo que les disgusta de sí mismos aluden a sus características emotivas con más frecuencia que a sus características físicas o a sus capacidades mentales.

El mayor reto que el adolescente encuentra en su camino hacia la madurez es el presentado por los problemas que surgen en el área de los sentimientos y emociones. Sentimientos como depresión, culpabilidad, ansiedad, vergüenza o inferioridad entran a formar parte de la vida de cada uno, más tarde o más temprano y no han de tomarse como signos de enfermedad mental; pero en el adolescente que se esfuerza por llegar a conseguir una autoidentidad y madurez, pueden tomar mayores proporciones que en otros periodos del desarrollo. Mas todavía a causa de los cambios profundos y penetrantes en la personalidad adolescente, sus efectos, con frecuencia son más hondos y de mayores consecuencias. Ya en temas anteriores se ha hablado de muchos de estos sentimientos y se hace énfasis de la fuerza con que se oponen a la seguridad del adolescente.

La influencia de las emociones sobre el comportamiento y personalidad de los adolescentes puede ser tanto positiva como negativa.

Durante la adolescencia no es que se presenten emociones nuevas, con la posible excepción de ciertos caracteres de la sexualidad. Las emociones son las mismas que existían anteriormente solo que algunas aparecen con mayor intensidad; en efecto los cambios emocionales de dichos años son principalmente modificaciones de emociones presente ya en los comienzos de la pubertad, junto con combinaciones de estas con otras tendencias.

De acuerdo con una opinión aceptada comunmente, los comienzos de la pubertad estan acompañados por un aumento de la sensibilidad emocional. En ciertos medios se representa al adolescente como sumamente inestable, como una victima del estado confuso, caótico, de sus emociones.

En ocasiones los adolescentes son más propensos a ser caprichosos que en la infancia

Durante la adolescencia, como en todas las épocas de la vida, los estados que dan origen a la emoción son tan variados como los estado de la vida misma.

La emoción esta implicada en todo aquello en que el adolescente esta implicado. La emoción se produce en la vida del adolescente cuando sus deseos quedan satisfechos o cuando se ve obstaculizado o frustrado en sus esfuerzos o cuando es dañado o amenazado de daño.

Surge también por sucesos que afectan la opinión que tiene el adolescente de sí mismo por cualquier ocurrencia mediante la cual descubre sus talentos y sus limitaciones, por algún acontecimiento que amenaza con contradecir su opinión de sí mismo. Entre las circunstancias más potentes para suscitar la emoción en el adolescente se hablan de las que chocan con la satisfacción personal o con las esperanzas que ha puesto en sí o aquellas otras que suscitan recelos referentes a sí mismo. Los cambios emocionales pues son causados mayormente por el desarrollo psicológico que esta tomando lugar dentro de él, su adaptación social así como los cambios psíquicos acompañan a una experiencia emocional también lo hacen los cambios físicos; estos cambios son posibles a través del funcionamiento de las glándulas endocrinas, que son controladas por el sistema nervioso autónomo. Algunos de estos cambios provocan una considerable angustia al adolescente. A causa de lo que estos cambios le suponen físicamente, el adolescente puede sentirse diferente, inadaptado, ridículo, inferior, peculiar y avergonzado; e igualmente, su altura, tamaño o fuerza le haran sentirse con mas confianza y seguridad en sí mismo. Estos cambios pueden incluso producir una reducción de la inferioridad o inadaptación más no siempre es así.

No puede saberse del adolescente por el estado de ánimo de hoy, como será el de mañana. Es posible que sea distinto. Aparece en el adolescente la nostalgia, ausencia de un estado de ánimo concreto, ya no esta triste, ya no esta alegre, sin saber que es lo que sustituye la tristeza o la alegría. Se siente que esta triste sin saber porque.

Aprendera a ocultar sus emociones, reprimir sus sentimientos dependiendo de el medio ambiente en que se desenvuelva, el dar y recibir afecto se lograra despues de su madurez; la alegría es tambien factor importante aunque se le da menos importancia que a las conductas problemáticas. El temor y la cólera son fenómenos frecuentes en la adolescencia y ambos van ligados, son suscitados por circunstancias que amenazan el bienestar del joven. El adolescente puede estar colérico pero teme mostrarse así. El temor puede aparecer en forma de cólera y la cólera puede estar impregnada de otros sentimientos tales como la depresión y la autocompasión.

La ansiedad del adolescente debe ser estudiada detenidamente ya que esclarece frecuentemente cual engañosa resulta su conducta.

Es claro que sus crecientes tendencias a la independencia y al dominio representados por las anteriores emociones suelen ponerlo en conflicto con las autoridades, que si estos ejercen imprudentemente originan situaciones irritables principalmente en el hogar.

Una característica importante de los cambios emocionales de la adolescencia es la implicación que tiene en la madurez de la persona. Esto es claro en los cambios físicos y sociales, heterosexuales y desarrollo intelectual. Los sentimientos del adolescente sobre sí mismo y los demás, sobre el sexo opuesto, como sobre la responsabilidad y sobre los roles futuros cambian considerablemente a medida que el resto de la madurez se va haciendo cada vez realidad.

Se debe pues tomar en cuenta que una vida sana emocional en la adolescencia depende en gran manera de un sano crecimiento físico y de

una higiene física conveniente. El adolescente cansado, fatigado o enfermo crónico no podrá fomentar sentimientos sanos. La ansiedad "mal genio", sentimiento de incapacidad depresión y de culpa pueden enraizar rápidamente en la debilidad y enfermedad física. Y por lo mismo, unos sentimientos sanos como la felicidad, alegría y confianza en sí mismos, pueden ser mas fácilmente fomentados por una personalidad física sana.

DESARROLLO SOCIAL DEL ADOLESCENTE

La vida social del adolescente es sumamente complicada, no tanto por los diversos grupos e individuos que entran en juego cuanto por la complejidad del ánimo juvenil, efervescente y contradictorio.

No es exagerado afirmar que en la adolescencia comienza una nueva "Weltanschauung", una nueva visión del mundo.

El niño vive como abismado en las personas y en las cosas de su ambiente, es decir no se opone a ellas conscientemente como un ser independiente. En la adolescencia dos hechos intervienen rompiendo este equilibrio establecido en la niñez; la aparición de las funciones sexuales y el descubrimiento de la vida interior. Estos dos factores son el llamamiento de la naturaleza hacia la vida de los adultos e indican al tiempo la aparición de nuevas actividades, la aparición de un mundo nuevo, tan complejo, tan hondo, tan difícil de asir. Y lo interesante es que a el mundo interior se traslada todo el drama de la existencia, que desde el momento allí comienza a ser unida y de allí a ser proyectada.

Es natural que todas las relaciones cambien y se amplifiquen.

En este proceso de renovación a veces lento y doloroso, participan la familia, el colegio, los compañeros, la sociedad. No es propiamente la familia y demás grupos sociales que experimentan cambios, sino el adolescente.

En la adolescencia comienza una reflexión consciente que advierte la existencia de una familia y de una sociedad. En ellos tienen que entrar como miembros activos.

El deseo de aprobación social, se manifiesta en los varones en los intentos de lucirse ante los demás en acciones atrevidas, que exigen fuerza y habilidad. El hecho de que esta tendencia sea tan poderosa en los adolescentes evidencia que verdaderamente se están transformando en miembros de la sociedad.

En la adolescencia el gregarismo es más común que la introversión, introspección o la soledad. Es frecuente que al adolescente no le guste estar solo, y de pie a que se reúna en grupos o pandillas.

En un extremo se halla el joven retraído, egocéntrico, solitario y antisocial en sus actitudes; en el otro, el joven completamente dominado por el grupo social que acepta como verdadero, justo y correcto todo cuanto su sociedad considera como verdadero, justo y correcto, y que piensa poco por sí mismo, es decir con poca individualidad. Entre estos extremos se halla el joven sensible a la vida del grupo, que simpatiza con sus actividades y se interesa por su prosperidad, que encuentra gran satisfacción en los contactos sociales, pero que forma sus propias opiniones racionales con independencia de las sugerencias del grupo, y que es individualmente responsable.

Los adolescentes manifiestan marcadas necesidades que son importantes y de valor. Necesitan estima personal o status, necesitan mucha más reafirmación de lo que son, y de que tales como son, así se les estima. Esto puede deducirse del hecho de que el Yo está débilmente configurado, y la identidad personal es aún un objetivo a alcanzar. Son inseguros con poca confianza en sí mismos, y por lo tanto necesitan sentirse importantes y llenos de valor.

Los adolescentes desean que se acepten sus realizaciones, se les alaben, sentirse capaces de hacer algo que merezca la pena. Los padres, los educadores deben proporcionar a los adolescentes oportunidades para que ellos mismos se diviertan ya que es una necesidad imperiosa en su edad. Es antídoto importante contra el conflicto, el temor, la violencia y la frustración, y tan necesarias son para el equilibrio mental como los son el amor, aceptación o pertenencia.

Los anhelos de conformidad, aprobación y reconocimiento son determinantes y esenciales del comportamiento y personalidad del adolescente. Necesitan de participar, socializarse y comunicarse. Existe también una necesidad vehemente de ajuste y un deseo de aprobación y reconocimiento social.

Los impulsos sociales del adolescente se manifiestan también en su necesidad de conformarse a las normas o reglas impuestas por otros y en su petición de aprobación social.

Un adolescente normal desea ser independiente, revelarse contra las normas y restricciones familiares y sociales, pero este individualismo no se extiende a todos los campos; el adolescente sabe inconscientemente que tiene que revelarse contra las normas y prescripciones del padre y la familia si quiere ganarse su independencia; pero una vez hecho esto, se refugia en la seguridad proporcionada por la conformidad al estilo de vida del grupo de compañeros.

Al luchar por su independencia expresa vehementemente en palabras su protesta contra la dirección protectora del grupo de adultos. No quiere que se le diga como debe vestir, que horario debe cumplir, que debe comer, que partido político debe representar o que fórmula ética o moral debe abrazar.

El comportamiento del adolescente es impulsivo, confuso en cuanto a sus objetivos. Esto no solo molesta a los adultos que se interesan en su adaptación social presente y futura, sino que también molesta y asusta al propio adolescente. En consecuencia, puede buscar la dependencia en una medida en que no lo había hecho desde cuando era niño pequeño. Simultáneamente pide consejo acerca de como vestir, que horarios cumplir, que comer, que partido político representar o que fórmula moral o ética abrazar.

En cuanto a las relaciones interpersonales el adolescente en un momento determinando puede odiar intensamente; acto seguido, puede amar con igual intensidad. El objeto de su respuesta emocional puede ser o no la misma persona. La intensidad de la respuesta no siempre es coherente con el episodio real que dio lugar a la reacción.

I I I C A P I T U L O

PERSONALIDAD

El estudio de la personalidad ha sido el foco principal de interés de los estudiosos en las ciencias del hombre. Cada investigador lo enfoca desde su propio punto de vista pero con el mismo objetivo, comprender al hombre.

En el siguiente capítulo se hace mención de algunos autores de teorías de la personalidad, los cuales tienen sus bases teóricas en el Psicoanálisis. Se habla de aquellos cuyos postulados van de acuerdo con la investigación.

SEGISMUNDO FREUD: Su teoría psicoanalítica se refiere a la estructura mental y a la economía dinámica del funcionamiento de la mente. Según un modelo regional o topográfico, Freud dividió la mente en lo inconsciente propiamente dicho lo preconscious y lo consciente, que se distinguen uno de otro con su relación con la conciencia. La base de la teoría Freudiana de la personalidad la constituyen el estudio y la formulación de estos sistemas y el modelo tripartito del Yo, el Ello y el Super Yo, que representan sus componentes estructurales.

ERIK ERIKSON: Subrayo que el yo adquiere nuevas características a medida que va encontrando nuevas situaciones a través de la vida. Proporcionó un cuadro de como el Yo puede desarrollarse de manera sana dando un ambiente correcto. Erikson escogió al yo como el instrumento por el cual una persona organiza la información exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planeamiento. Este Yo positivo produce un significado de identidad y un estado de elevado bienestar, este se alcanza cuando lo que se siente y se hace esta cerca de lo que debe ser y hacer. Entre las edades entre los once y los dieciocho años habla de la identidad del Yo frente a la confusión de papeles. El joven o niño aún no sabe que elegir, la indecisión y confusión permiten con frecuencia que los jóvenes se alien para formar grupos o pandillas. Un joven esta en suspensión entre << la moralidad aprendida por el niño y la ética que desarrolla el adulto >>. Erikson llama a esta suspensión una moratoria.

ALFRED ADLER: Se encuentra dentro de las escuelas Psicoanalíticas interpersonales y culturales, fué el primer teórico que describió el funcionamiento Psicológico del hombre como el producto combinado de factores orgánicos e impulsos psicológicos dirigidos hacia un fin. El individuo (individuum-indivisible) y su conducta son el resultado de procesos dinámico somáticos, psicológicos y sociales relacionados entre sí. También tiene una necesidad de percibirse a sí mismo subjetivamente como una unidad. Esta sensación de unidad y continuidad es la base de su sentido de identidad, autoestima y auto aceptación.

KAREN HORNEY: Dentro de la misma escuela que Adler, postula que el individuo es una unidad dentro de un armazón social, siempre influyendo o siendo influido por su ambiente. Habla de atributos de la persona que caracterizan la organización constantemente cambiante del individuo. Estos comprenden sus necesidades sociales y biológicas, rasgos de

conducta, sentimientos, actitudes hacia los demás y hacia sí mismos, expectativas, inhibiciones y conflictos. Cada atributo es simultáneamente creado por el individuo y actúa sobre él, exigiendo satisfacción, produciendo luchas o presionando hacia la acción. Los atributos son aprendidos a partir de la familia. Según la teoría de Morney los factores motivadores derivan de atributos actuales de la personalidad más que de luchas lividinales infantiles que hayan continuado desde la infancia a través de la compulsión a la repetición. Da un triple concepto al Yo, el Yo actual, Yo real, y el Yo ideal, necesarios de conocerlos para la comprensión de su teoría.

HARRY STACK SULLIVAN: Dice que la personalidad es un conjunto de procesos que ocurren como consecuencia de experiencias interpersonales más que por manifestaciones de fuerzas intrapsíquicas. Describió cinco estadios: Infancia, Niñez, Edad Juvenil, Preadolescencia y Adolescencia.

ERICH FROMM: Reconoce que la conducta del hombre es motivada por sus necesidades biológicas. Sin embargo sostiene que la motivación y la conducta están determinadas culturalmente. La sociedad origina nuevas necesidades y problemas que son tan imperativos como las exigencias instintivas de hambre, sed y sexualidad. La sociedad y la adaptación social ocasionan la pérdida de libertad y espontaneidad naturales. Sus teorías reflejan la orientación del científico social y el papel de la sociedad en la enfermedad mental mas que el interés psicoanalítico clásico por el individuo.

GORDON W. ALLPORT: Ha intentado establecer una teoría de la personalidad que tenga en cuenta la complejidad y singularidad de la conducta individual humana. El elemento estructural en su teoría es el riesgo, una tendencia determinante, o una predisposición a actuar. Los rasgos no solo sirven como base de descripción de la personalidad sino que también se refieren a predisposiciones generalizadas para la conducta. La teoría de Allport minimiza la importancia de la historia del individuo. Metas y esfuerzos son guías mas importantes para la comprensión de un hombre que las prácticas de educación a que fué sometido.

KURT LEWIN: Los elementos básicos en la estructura de la personalidad son la persona y el ambiente psicológico. El espacio vital (V) es P (la persona) + M (el medio psicológico). La conducta es una función del espacio vital.

El genio dominante en el estudio de la personalidad y psicopatología ha sido Sigmundo Freud. Sus teorías del desarrollo de la personalidad y de la dinámica mental, prepararon el camino para el desarrollo de otras teorías de la personalidad. Discipulos como Stanley Hall y Erik Erikson son los psicólogos que apoyan mayormente el presente estudio.

Una definición de personalidad que se puede usar comunmente es la siguiente: Personalidad es "La configuración habitual de la conducta de una persona que refleja sus actividades físicas y mentales, sus aptitudes e intereses y correspondi a la suma total de su adaptación a la vida".
1(x)

La personalidad pues, comprende al ser total del hombre, físico, psíquico, manifestando en su comportamiento que encuentra eso en su medio ambiente.

Después de la revisión anterior de algunos autores de teorías de la personalidad es conveniente pensar que la personalidad tiene partes o divisiones que llevan a cabo las funciones específicas, es decir, que tiene una estructura. "En general actualmente se sigue el concepto de estructura de la personalidad propuesta por Freud". 2(*)

Al examinar los elementos permanentes de la personalidad la mayoría de los teóricos se esforzaron por comprender la personalidad normal. El estudio de los trastornos de personalidad en cuanto a entidades se debe más bien al grupo de psicoanalistas que trabajaban intensamente con pacientes neuróticos.

Las observaciones precedentes de los psicoanalistas condujeron finalmente, al reconocimiento formal de los trastornos del carácter, designados más adelante como trastornos de la personalidad. No fue sino hasta la aparición del DSM-I (1952) que se les confirió a los trastornos de la personalidad un reconocimiento formal y generalizado por los profesionales de la salud mental. Han presentado cambios en su clasificación hasta llegar a la actual publicada en el DSM-III.

Los trastornos de personalidad han sido reunidos en tres grupos. El primero incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los individuos que presentan estos trastornos a menudo parecen "extraños" o excéntricos. El segundo grupo incluyen los trastornos histriónico, narcisista, antisocial y límite o borderline. Los individuos que presentan estos trastornos a menudo parecen teatrales, emotivos o erráticos. El tercer grupo incluye los trastornos de la personalidad, por evitación, por dependencia, compulsivo, y pasivo-agresivo. Los individuos con estas alteraciones suelen estar ansiosos o temerosos.

Existe una categoría residual, los trastornos de personalidad atípicos, mixtos u otros, que no se clasifican de acuerdo, con las alteraciones específicas de la personalidad descritas en el DSM-III.

Se profundizara en los que se consideran de interés para la investigación como son: Trastorno esquizoide de la personalidad, Trastorno esquizotípico de la personalidad y trastorno compulsivo de la personalidad.

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD: El rasgo esencial es un trastorno de la personalidad en el que existe un defecto en la capacidad para establecer relaciones sociales, puesto de manifiesto en la ausencia de sentimientos cálidos y tiernos hacia los demás e indiferencia a la aprobación, la crítica y los sentimientos de los demás. Este diagnóstico no debe hacerse cuando se den las excentricidades en el lenguaje; la conducta o el pensamiento, características de la personalidad esquizotípica, o cuando la alteración sea debida a un trastorno psicótico, como la esquizofrenia. Los individuos con esta alteración suelen carecer de sentido del humor son lentos, parecen "Frios" y distantes.

TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD: El rasgo esencial es un trastorno de la personalidad en el que existen diversas anomalías del pensamiento, de la percepción, del lenguaje y de la conducta, que no son lo suficientemente graves para reunir los criterios de esquizofrenia.

ESTUDIO EN ADOLESCENTES DE LAS ESCALAS: 5(Mf), 7(Pl), 8(Es), y 9(Ma) del M.M.P.I.

TRASTORNO COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD: El rasgo esencial es un trastorno de la personalidad en el que existe generalmente una capacidad restringida para expresar emociones cálidas y tiernas; un perfeccionismo que interfiere con la capacidad para obtener una visión total de los problemas; una insistencia en que los demás se sometan a la propia manera de hacer las cosas; una excesiva devoción al trabajo y a la productividad con exclusión del placer y además, indecisión. Los individuos con esta alteración son aváros de sus emociones y de sus posesiones materiales. La preocupación por las normas, la eficiencia, los detalles triviales, los procedimientos y las formas interfieren con la capacidad para adoptar puntos de vista amplios sobre las cosas. El tiempo se reparte de manera poco racional y las tareas más importantes se dejan para el último momento aunque se idealiza la eficiencia y la perfección casi nunca se consigue. Individuos preocupados respecto a su situación en las relaciones de dominancia o sumisión. No son conscientes de los sentimientos de resentimiento o de daño que esta conducta provoca en los demás.

1(*) Feedman Alfred M. y otros. "Compendio de Psiquiatría" pag. 850

2(*) Kolb Laurence C. "Psiquiatría clínica moderna" pag. 69

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

La personalidad es una parte de los elementos constitucionales dados al niño y se desarrolla por la influencia debida a otros seres humanos y a las cosas. Bajo el estímulo de su ambiente, el infante va adquiriendo sus pautas de conducta por medio de la influencia que la satisfacción y el disgusto ejercen en sus respuestas, hace que las modifique en mayor o menor grado, inhibiendo algunas, alterando muchas otras, y fijando las demás con muy pocos cambios; así elabora su propia organización de caracteres.

Conforme pasa el tiempo gracias a una serie prolongada de estas experiencias sociales, se desarrollan actitudes, creencias, deseos, valores y pautas de adaptación más o menos perdurables y constantes que le dan al individuo la cualidad de ser único. Un déficit de experiencias durante períodos críticos en la maduración impide el florecimiento completo de un sistema o de un órgano. "En consecuencia los ambientes en los cuales la dieta disponible o la estimulación social están restringidas, tienden a limitar el crecimiento cerebral y el desarrollo de la personalidad en el niño que crece". 1(*)

Es difícil de precisar cual es la influencia de la historia individual y cual la de su medio ambiente mas se esta de acuerdo en que ambas son de gran influencia.

En cierto grado, algunas pautas ya están establecidas cuando el niño nace; sin embargo, en esa etapa solo existen las potencialidades para el desarrollo de los componentes de la personalidad. Las etapas sucesivas de la personalidad en desarrollo pueden desencadenarse de una manera sana y una secuencia normal y armoniosa hasta la madurez biopsicológica y biosocial, a través de la lactancia, la niñez, la madurez y la senectud, con la realización de las potencialidades personales, satisfacciones subjetivas y ajuste social. Puede también haber una detención o un crecimiento desigual de distintos componentes de la personalidad; ambas posibilidades dependerán de complicados factores genéticos, ambientales, sociales, y emocionales. "En el desarrollo de la personalidad hay normalmente una progresión hacia la madurez y cada etapa se desarrolla como una consecuencia lógica de la etapa previa" 2(*); se trata de un crecimiento que emerge a través de diferentes etapas cada una de las cuales tiene sus necesidades y problemas particulares. Si persisten restos de una etapa anterior en etapas subsecuentes, pueden provocar deformaciones de la personalidad y volverse el origen de una enfermedad psicológica. También las primeras experiencias continúan ejerciendo su influencia sobre la personalidad en desarrollo, aun cuando no pueden ser evocadas por la conciencia.

Segun Kimbal Young "Para comprender la formación de la personalidad se deben tener en cuenta, dentro de cada cultura, los siguientes elementos: Regularidad y grado de rigidez del aprendizaje; cantidad de frustración impuesta; cantidad de amor; importancia de las sanciones del control moral y concepción que se le impone al niño sobre sí mismo". 3(*)

- 1(*) Kolb Laurence C. "Psiquiatria clinica moderna" pag. 68
2(*) Kolb Laurence C. "Psiquiatria clinica moderna" pag. 69
3(*) Kimbal Young "Personality and Problems of adjusment" 1940

PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE Y SUS PROBLEMAS

Al comenzar la adolescencia aparece la nostalgia que consiste en sentir la ausencia de un estado de ánimo concreto; es un sentir que ya no se está alegre, o que ya no se está triste, sin poder decirse a sí mismo que es lo que sustituye a aquella alegría o a aquella tristeza. Otras veces el sentir un estado de ánimo de totalidad negativa, triste, deprimido sin saber porque. Todo esto proviene de sentirse raro entre los que le rodean. Ya no es como era. A perdido su equilibrio, su seguridad interna; no se conoce tal como es, por lo menos a momentos, y es cuando se siente triste, miedoso de sí mismo.

En este momento aparece también la angustia, una angustia que surge de dentro del mismo adolescente, y toma fundamentalmente dos aspectos; el de la angustia existencial y el de la angustia social.

Cuando aumentan las relaciones de grupo el joven a menudo desarrolla un interés intenso en otro joven, habitualmente del mismo sexo. Este interés se extiende al grado de tomar en cuenta los sentimientos y las sensibilidades del amigo. Representa los primeros esfuerzos por lograr los contactos íntimos que ocurren en edad adulta. El interés en el amigo incluye satisfacer sus deseos y emocionarse o interesarse en sus éxitos y sus fracasos. Cuando los grupos de jóvenes se juntan se empieza a aprender los papeles del líder o seguidor. Estas interacciones sociales proporcionan satisfacción y seguridad al joven que está creciendo.

La adolescencia en sí aparece con la pubertad con su rápido desarrollo fisiológico de los órganos sexuales, la maduración de las capacidades sexual y reproductiva estimula los intereses y las actividades genitales y heterosexuales en la etapa genital del desarrollo psicosexual. El área sexual es solo un aspecto de la personalidad en el que hay un impulso inherente hacia la maduración.

El adolescente que está desarrollándose se preocupa ahora por su apariencia ante los otros y ante sí mismo. Está en busca de una identidad personal, de un sentido de sí mismo. Como se encuentra a la mitad del camino entre la independencia personal y el continuar la dependencia de sus padres, emprende muchos actos de conducta emancipatoria; el esfuerzo de estos por establecer una identificación sexual lleva al muchacho a buscar refuerzo con hombres o muchachos mayores que idealiza; la muchacha por su parte encuentra fuentes similares para su femineidad cada vez mayor.

Las actitudes extremadamente agresivas o competitivas, las poses exhibicionistas o el tomar parte en actos cínicos o antisociales tal vez representan esta lucha por lograr una independencia respecto a la autoridad del hogar. En este momento el individuo empieza a buscar a miembros del sexo opuesto. Junto con su impulso coercitivo sexual; el adolescente desarrolla una vida de fantasías, en la cual se cumplen todos sus deseos pero al mismo tiempo siente el conflicto entre estos y las prohibiciones familiares y sociales.

Sullivan habla de un estadio del desarrollo de la personalidad en la adolescencia en el que se dice que: "Aún en el caso de que la persona entre en este período con un sistema del Yo bastante sólido como consecuencia de buenas experiencias primitivas la adolescencia es la transición más difícil. Sin embargo, si la persona llega a esta coyuntura con una autoestima débil y una tendencia a la ansiedad en las relaciones interpersonales, la transición a la sexualidad y la etapa adulta seran extremadamente difíciles.

La intimidad con otro ser humano se complica con la sensualidad. El adolescente tiene que separarse de sus dependencias familiares en un momento en que no es completamente independiente ni desde el punto de vista emocional ni económico. Tiene que decidirse por una profesión y desarrollar normas y valores para el futuro. Tiene que establecer compromisos aceptando los valores del mundo adulto. Mientras esta luchando con todos estos problemas, se espera de él que adquiera y perfeccione habilidades estudiantiles o técnicas que le proporcionen seguridad económica en el futuro. Es un período agitado en el que la persona busca su identidad como ser humano.

Cuando se han establecido los patrones heterosexuales y se han adoptado los papeles del adulto, el período de la adolescencia llega a su fin y el individuo entra en el período de adulto. Sin embargo, ser adulto no siempre es sinónimo de madurez, que solo alcanzan algunas personas. La madurez comprende un autorespeto que permite a la persona enfrentarse a la mayoría de las situaciones íntimas y de colaboración y con actitudes de amor, lo que comprensiblemente, es de realización difícil". 1(*)

Considerando la complejidad de las tareas de desarrollo a las que se enfrenta el adolescente sorprende en realidad que no haya mas solicitudes de ayuda para adaptarse durante este período de vida. El adolescente actual a menudo busca ayuda porque se siente angustiado e inseguro cuando intenta diferentes tareas en el hogar, la escuela o el trabajo; asustado cuando se enfrenta a su rabia acumulada contra las autoridades en cualquiera de los marcos mencionados, culpable, avergonzado o desesperado respecto a sus exploraciones sexuales, aceptado o rechazado y aceptante o rechazante en sus relaciones con otros; envidioso del éxito de sus amigos o alarmado de las exigencias que estos le imponen. Las formas en que el adolescente suele expresar su mala adaptación son: Angustia con tensión, inquietud e insomnio, en ocasiones complicado por síntomas depresivos y por las expresiones fisiológicas de los estados afectivos. Puesto que las crisis a las que el adolescente esta expuesto son tan variadas y tan intensas, no sorprende que los trastornos de la personalidad sean comunes en este período. En el capítulo de personalidad se ha hecho referencia de los trastornos de la personalidad de interes para la investigación; sin embargo existe en el DSM-III otra clasificación de trastornos que se presentan en la infancia, la niñez o la adolescencia, y que se pueden dividir en cinco grandes grupos según el área en que predomina la alteración:

- I.- Intelectual
Retraso mental
- II.- Conductual (manifiesta)
Trastorno por déficit de atención
Trastorno de conducta

III.- Emocional

Trastorno por ansiedad en la infancia, la niñez o la adolescencia

IV.- Somática

Trastornos de conducta alimenticia

Trastornos por movimientos estereotipados

Otros trastornos con manifestaciones somáticas

V.- Desarrollo

Trastorno profundo del desarrollo

Trastornos específicos del desarrollo

Otras categorías diagnósticas que son adecuadas para niños o adolescente son las siguientes:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| -Trastornos mentales orgánicos | -Trastornos somatoformes |
| -Trastornos por uso de sustancias | -Trastornos de la personalidad |
| -Trastornos esquizofrénicos | -Trastornos psicosexuales |
| -Trastornos afectivos | -Trastornos adaptativos |
| -Trastornos esquizomofreniformes | -Factores psicológicos que afectan al estado físico |
| -Trastornos por ansiedad | |

Para la presente investigación es necesario hacer énfasis en algunos de estos trastornos, por ser de interés para las escalas estudiadas del M.M.P.I.

Al hacer los análisis de la escala 5(Mf) masculinidad-femineidad; se deben de revisar los trastornos psicosexuales que se especifican en el DSM-III. Estos trastornos se dividen en cuatro categorías:

- Trastornos de identidad sexual
- Parafilias
- Disfunciones psicosexuales
- Otros trastornos psicosexuales.

Los de mayor interés por la estructuración de la escala en estudio, son los trastornos de identidad sexual que incluyen:

- 1.- Transexualismo: Sentimiento persistente de malestar y de inadecuación respecto al propio sexo anatómico y un deseo persistente de librarse de los propios genitales y vivir como miembro del otro sexo.
- 2.- Trastorno de identidad sexual en la infancia: Mismas características del transexualismo solo que este trastorno es en niños.
- 3.- Trastorno de identidad sexual atípico: Se trata de una categoría residual para clasificar los trastornos de la identidad sexual que no cumplen los requisitos de los trastornos específicos de la identidad sexual.

Al revisar la escala 7(Pt) Psicastenia; término en desuso desde hace tiempo y que hoy se denomina trastorno obsesivo-compulsivo, lleva a revisar los trastornos por ansiedad que se dividen en: Trastornos fóbicos (o neurósis fóbica); Estados de ansiedad (o neurósis de ansiedad) y Trastornos por estrés postraumático.

El trastorno obsesivo compulsivo, se clasifica en los estados de ansiedad y puede ser llamado también neurósis obsesiva-compulsiva. Los rasgos esenciales son obsesiones o compulsiones recurrentes. Las obsesiones son ideas pensamientos, imágenes o impulsos persistentes y recurrentes que son egodistónicas, es decir, que no se experimentan como producidas voluntariamente sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y que son experimentados como sin sentido o repugnantes. Se hacen intentos de ignorarlos o de suprimirlos. Las compulsiones son conductas repetitivas y aparentemente finalistas que se efectúan según determinadas reglas de una forma estereotipada. La conducta no es un fin en sí misma sino que está diseñada para producir o impedir algún acontecimiento o situación futura. Sin embargo, esta actividad no está conectada de forma realista con lo que pretende producir o impedir, o al menos es claramente excesiva. Cuando el individuo intenta resistir la compulsión experimenta un sentimiento de incremento de la tensión que puede ser inmediatamente aliviado efectuando la misma compulsión. En el curso de la enfermedad después de fallos repetidos en resistir las compulsiones el individuo puede abandonarse totalmente a ellas y ya no experimentar más el deseo de resistirlos.

La escala 8(Es) Esquizofrenia; corresponde al estudio y el análisis de los trastornos esquizofrénicos divididos en cuatro tipos: Esquizofrenia desorganizada, catatónica, paranoide, indiferenciada y residual.

La sintomatología esencial de este grupo de trastornos consiste en la presencia de determinados síntomas psicóticos durante la fase activa de la enfermedad, síntomas característicos que implican múltiples procesos psicológicos, deterioro del nivel previo de actividad; inicia antes de los 45 años; una duración de seis meses como mínimo. La alteración no es debida a un trastorno afectivo ni a un trastorno mental orgánico. En alguna de las fases de la enfermedad esquizofrénica se encuentran siempre ideas delirantes, alucinaciones o alteraciones del contenido y curso del pensamiento.

La esquizofrenia implica siempre en alguna de las fases de la enfermedad, un deterioro del nivel previo de actividad en las áreas laborales, de las relaciones sociales y del cuidado personal. Siempre se encuentran alteraciones características en algunas de las siguientes áreas:

Contenido del pensamiento: Cuya mayor alteración son ideas delirantes, que a menudo son múltiples, fragmentadas o extrañas.

Curso del pensamiento: Donde lo más común es la pérdida de la capacidad asociativa; por lo que las ideas cambian de un tema a otro sin una relación directa. Puede llegar a presentarse incoherencia y el lenguaje puede llegar a ser incomprensible. Lenguaje con un contenido pobre, exceso de abstracción o concreción, repetición o estereotipia.

Percepción: Frecuentemente se presentan alucinaciones, siendo más frecuentes las de tipo auditivo, provenientes del exterior, insultantes

para el sujeto o indicándole maneras de actuar. Cuando hay alucinaciones tactibles, se manifiestan en forma de sensaciones eléctricas, hormigueos o quemazones. Algunas veces pueden experimentar alucinaciones como movimientos de hormigueo en el abdomen.

Otras anomalías perceptivas incluyen sensaciones de cambio corporal e hipersensibilidad a los sonidos, de la vista y del olfato.

Afectividad: La alteración comprende a menudo una afectividad inapropiada, embotada o aplanada.

Sentido del Yo: Pérdida del Yo expresada por una perplejidad extrema acerca de la propia personalidad y del significado de su propia existencia, o por ideas delirantes en especial las que implican el control por fuerzas extrañas.

Voluntad: Hay una incapacidad para seguir el curso normal de una acción hasta llegar a concluiría de forma lógica, y esto es debido a la falta de interés o de motivación adecuada.

Relación con el mundo extero: Con frecuencia hay una tendencia al retraimiento del mundo externo y el sujeto llega a estar preocupado por sus ideas egocéntricas e ilógicas y sus fantasías de hechos objetivos distorsionados, oscurecidos o ausentes, puede llegar a un estado de autismo.

Conducta psicomotora: En las formas crónicas graves y en la forma aguda florida del trastorno puede encontrarse una notable disminución de la reactividad al entorno, con una reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA:

La esquizofrenia tipo desorganizado; centra su sintomatología esencial en la notable incoherencia, ausencia de ideas delirantes sistematizadas, afectividad inapropiada o estúpida. También es denominada Hebefrenia.

La esquizofrenia tipo catatónico; alteración notable de la psicomotricidad que comprende estupor, negativismo, rigidez, excitación y el estupor. La sintomatología acompañante incluye estereotipias manierismos y flexibilidad cética. El mutismo es especialmente frecuente durante la excitación o estupor catatónico, el sujeto necesita cuidados especiales para evitar que se lesione a sí mismo o a los demás. Es también necesario el cuidado médico debido a malnutrición agotamiento, hiperpirexia o a las lesiones que pueda autoinfringirse el paciente.

La esquizofrenia tipo paranoide; alteración dominada por uno o más de los siguientes síntomas:

- Ideas delirantes de persecución
- Ideas delirantes de grandeza
- Ideas delirantes de celos
- Alucinaciones de contenido persecutorio o de grandeza

La esquizofrenia tipo indiferenciada; se presenta:

- Ideas delirantes, alucinaciones e incoherencia llamativas o conducta claramente desorganizada.
- No se cumplen los criterios para ningún otro tipo de esquizofrenia, o se cumplen los criterios para más de un tipo.

La esquizofrenia tipo residual; esta categoría debe usarse cuando ha habido, como mínimo un episodio de esquizofrenia, aunque en el momento de la evaluación o admisión clínica no haya síntomas psicóticos predominantes, si bien persisten signos de la enfermedad. Son frecuentes el embotamiento emocional, el retraimiento social, la conducta excéntrica, el pensamiento ilógico y la pérdida de la capacidad asociativa. Si hay ideas delirantes o alucinaciones no son llamativas o no se acompañan de afectividad adecuada. El curso de este tipo de esquizofrenia es crónico o subcrónico, ya que por definición la "exacerbación aguda" implica síntomas psicóticos llamativos. Y en "remisión" implica que no hay síntomas de la enfermedad.

Dentro de los trastornos afectivos se encuentra clasificado el trastorno maniaco-depresivo, cuyos rasgos patológicos son medidos por la escala 9 (Ma) Hipomanía del M.M.P.I.

La sintomatología esencial de este grupo comprende una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maniaco parcial o completo no debido a ningún otro trastorno mental o físico. A su vez, los trastornos afectivos se dividen en trastornos afectivos mayores, trastornos afectivos específicos y trastornos afectivos atípicos.

En el episodio maniaco, la sintomatología esencial se define por un período de tiempo con un estado de ánimo inconfundible, en el que predomina tanto la euforia como la expansividad y la irritabilidad, con síntomas acompañantes del síndrome maniaco. Estos síntomas comprenden hiperactividad, lenguaje verborreico, fuga de ideas, auto estima excesiva, disminución del sueño, distraibilidad y excesiva implicación en actividades de posibles consecuencias nocivas, que el sujeto no reconoce.

La sintomatología del episodio depresivo mayor esta configurada por un estado de ánimo disfórico, habitualmente depresión, y por pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales. Esta alteración es acusada relativamente persistente y se acompaña de otros síntomas del síndrome depresivo. Estos síntomas incluyen alteración del apetito cambio en el peso, alteración del sueño, agitación o entrecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad de concentración o pensamiento, ideas de muerte o intentos de suicidio.

Para el diagnóstico de cualquier trastorno en el adolescente como en otros sujetos se debe de hacer uso de los test tanto médicos como psicológicos para determinar si realmente el padecimiento es psicógeno u orgánico, y de esta manera prestar la mejor ayuda posible.

IV CAPITULO

ANTECEDENTES Y DESARROLLO DEL M.M.P.I.

A fines de la década de los treinta, los hospitales psiquiátricos en E.U.A. tenían grandes deficiencias en sus programas de psicología clínica y ciencias de la conducta. El material disponible en el área del diagnóstico y pronóstico para el estudio de la personalidad también era escaso y poco confiable. Por estas y otras razones confiables similares, Starke R. Hathaway, psicólogo y J.C. McKinley, neuropsiquiatra, decidieron trabajar juntos para desarrollar un instrumento psicométrico afectivo y práctico que constituyera una contribución psicológica a los procedimientos de diagnóstico médico; una herramienta objetiva para evaluar los casos clínicos psiquiátricos rutinarios de pacientes adultos y un método para determinar la severidad de sus condiciones.

Hathaway y McKinley basados en su experiencia clínica reunieron originalmente un conjunto de 1200 frases provenientes de diversas fuentes: históricas clínicas de medicina general, neurológicas y psiquiátricas, escalas de actitudes personales y sociales, resúmenes de casos, manuales de entrevista psiquiátrica, etc. El M.M.P.I. se basó en el concepto de que los reactivos conforman numerosas escalas potenciales. Las escalas se elaboraron empíricamente siguiendo el criterio del diagnóstico psiquiátrico tradicional. Las escalas escogidas originalmente fueron simplemente aquellas que se derivaron con mayor facilidad por la frecuencia de las respuestas.

Numerosas investigaciones han permitido que desde la publicación original de este instrumento se hayan derivado más de 200 nuevas escalas. Los datos normativos originales se derivaron de una muestra de 700 sujetos "normales" que acudieron a los hospitales de la Universidad del Estado de Minnesota (E.U.A.).

El muestreo fué bastante adecuado, incluyendo personas de ambos sexos cuyas edades fluctuaban entre los 16 y 55 años. Además, había datos adicionales disponibles de 250 estudiantes universitarios y de preparatoria que representaban un sector adecuado de aspirantes a estudios superiores. Esta muestra puede considerarse representativa de una corte transversal de la población del Estado de Minnesota.

Las escalas se obtuvieron contrastando los grupos de sujetos normales con casos clínicos cuidadosamente estudiados.

DESCRIPCION Y ESTRUCTURA DEL M.M.P.I.

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.) está diseñado para proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las principales características de la personalidad que afectan la adaptación individual y social.

Las escalas del M.M.P.I., cuidadosamente construidas y comprobadas mediante validez cruzada, constituyen un medio adecuado para conocer el status de la personalidad y el ajuste emocional de jóvenes y adultos letrados, con fundamentos para evaluar la aceptación de los resultados.

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

Las frases del inventario se dividen en tres categorías: cierto, falso y no puedo decir, que actualmente esta casi no se utiliza. El sujeto debe identificar el mayor número posible de frases como ciertas o falsas con respecto a sí mismo y hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de respuestas. Después de que el sujeto ha respondido el mayor número posible de frases, se cuentan sus contestaciones para obtener la puntuación de las 9 escalas clínicas y de las cuatro escalas de validez. La calificación de las escalas clínicas se realiza por medio de un juego de plantillas a través de las cuales se observan las marcas hechas por el sujeto en la hoja de respuesta. Una vez obtenidas las puntuaciones para las diferentes escalas, de acuerdo con las mismas, se traza un diagrama en la hoja del perfil.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

los estudios estadísticos relacionados con la confiabilidad y la validez son de gran importancia para la comprensión de cualquier instrumento psicométrico. El coeficiente de confiabilidad varía de acuerdo con la muestra utilizada. Por lo que respecta a los inventarios de la personalidad, las estimaciones de confiabilidad dependen principalmente de si el grupo utilizado estaba integrado por sujetos normales, por pacientes hospitalizados o por ambos. Se supone que las características de personalidad de sujetos normales deberían ser más estables que las de los pacientes psiquiátricos. El problema se intensifica aún más cuando los inventarios miden rasgos de personalidad que se suponen son variables, o aquellos rasgos que el terapeuta intenta modificar.

En vista de estas dificultades, los datos que han sido aportados sobre la confiabilidad del M.M.P.I. parecen bastante satisfactorios. Hathaway y McKinley (1942, 1944) utilizando la forma individual con sujetos normales no seleccionados, informaron los coeficientes de seis de las variables clínicas. El tiempo entre la primera y la segunda aplicación y reaplicación utilizando sujetos no seleccionados, quienes fueron examinados con ambas formas, la individual y la de grupo, con una semana de diferencia. Holzberg y Alessi (1949) encontraron coeficientes para la aplicación y reaplicación con pacientes psiquiátricos no seleccionados a quienes se les aplicó la forma completa y la breve de la forma individual con una diferencia de tres días de tiempo.

En cuanto a la validez, se ha encontrado que una puntuación alta en una escala predice positivamente el diagnóstico final correspondiente, estimado en más de 60% de los nuevos casos de admisión psiquiátrica. Este porcentaje es derivado de la diferenciación entre varias clases de casos clínicos que es más difícil que la mera diferenciación entre grupos normales y anormales.

aún en los casos en que una alta puntuación no fué confirmada por el diagnóstico correspondiente, casi siempre se notará dentro del cuadro sintomático la presencia del rasgo de un grado anormal.

APLICACION DEL M.M.P.I.

Este instrumento psicométrico lo pueden entender y contestar sin dificultad personas de 16 años o mayores con 6 años de escolaridad, lo esencial es que sepan leer y escribir, cuando un sujeto es enviado específicamente a examen, bastará una breve entrevista para establecer su grado de comprensión antes de aplicar el instrumento. Esta "selección" no siempre es posible cuando el M.M.P.I. se aplica a una amplia gama de individuos, pero en cualquier caso es prudente hacer algunas preguntas breves antes de explicar los procedimientos del examen.

Hathaway y Monachesi (1957), en un estudio de 15 mil adolescentes como parte de una investigación sobre delincuencia, encontraron que el promedio de edad del grupo estudiado que comprendió la prueba fue de 15 años; pero en otras investigaciones se ha visto que existen jóvenes brillantes, de 12 años, que han contestado adecuadamente las frases de la prueba.

ALGUNAS INVESTIGACIONES DE INTERES REALIZADAS.

Tanto en México como en otros países de Iberoamérica el M.M.P.I. se ha prestado a un gran número de investigaciones que tienen ya índices de madurez profesional, como se manifiesta en los estudios de Pablo Reyes, Carmen Suárez, Ofelia Jiménez Rivera, Francisco Batalla, Celso Cerra Padilla, Dolores Martínez, Rosa María Gambó y muchos psicólogos clínicos. Se han encontrado cerca de 50 tesis doctorales, sobre temas tales como "Escala de alcoholismo", "Tendencia a la somatización entre estudiantes de medicina", "La personalidad de presuntos delincuentes", "Estudios fenomenológicos en mujeres alcohólicas", "Validación de la escala Mf", "Estudio de un grupo de sentenciados por robo", "Utilización de escalas especiales", y "Características de personalidad en farmacodependientes hospitalizados". Es imposible enumerar cada una de las investigaciones que se han realizado hoy en día al respecto.

El inventario de Hathaway y McKinley es un instrumento con sólidas bases empíricas. No obstante debe continuarse investigando en varias áreas para mejorar los resultados. Hay también estudios que indican que el lenguaje y las expresiones culturales son relevantes para la comprensión del M.M.P.I.. 1(*)

Se revisaron las publicaciones del año de 1987 y las de los meses transcurridos en este año en curso, hechas por "The American Psychological Association Inc., donde se encontraron algunas otras interesantes investigaciones hechas en adolescentes, como son:

- "M.M.P.I. Profiles from adolescents": Interpretative strategies and treatment considerations". Presenta guías para administrar el M.M.P.I. y describe las diferencias entre perfiles de adultos y de adolescentes. Ofrece sugerencias para una interpretación de los perfiles de adolescentes, junto con ilustraciones para otros usos significativos del M.M.P.I., durante el tratamiento.

- "M.M.P.I.- based personality types among juvenile sexual offenders": Basados en el M.M.P.I. se realizó un estudio de delincuentes sexuales juveniles y los diferentes tipos de personalidad que presentaban. Se revisaron las puntuaciones de 262 adolescentes de edades entre los 12 y 18 años de sexo masculino, quienes cometieron delitos sexuales. Fueron categorizados mediante un análisis en cuatro grupos, los cuales tenían claves diferentes. Encontraron como resultado que en los jóvenes que cometen delitos sexuales hay un grupo heterogéneo que representa una variedad extensa de características de personalidad y niveles de adaptación.

- "The influence of elevated F scales on the validity of adolescent M.M.P.I. profiles". En el estudio de la influencia de la elevación de la escala F en la validez de los perfiles de adolescentes del M.M.P.I., se encontró que antes y después de un tratamiento para reducir la psicopatología en 82 adolescentes la puntuación de la escala F no disminuyó.

Se mencionan algunos otros estudios del M.M.P.I. tanto en adolescentes como adultos, sin embargo son pocos los que tienen relación con la investigación presentada.

1 (*) Rafael Nuñez. "Pruebas psicométricas de la Personalidad". Pag. 13.

DERIVACION Y ESTRUCTURA DE LAS ESCALAS DE INTERES.

A fines de 1938, los doctores Hathaway y McKinley comenzaron a reunir frases para integrar una prueba, convencidos de la necesidad de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, multifásicamente, por medio de escalas o perfiles que fueran útiles tanto para la investigación como para la práctica clínica. Con base en una orientación semejante a la que Binet desarrolló en sus pruebas de inteligencia, y Strong en su prueba de intereses vocacionales, Hathaway y McKinley elaboraron algunas escalas con las respuestas ofrecidas por pacientes clasificados de acuerdo con la nosología de la época. En 1942 la Universidad de Minnesota publicó el primer trabajo relacionado con el M.M.P.I. (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota).

Antes de empezar a colaborar con McKinley, en 1939, Hathaway señaló que muy poco se había escrito acerca de individuos no neuróticos, y que mucho se escribía sobre el neurótico y sus múltiples malestares. Asimismo, indicó que por medio del Inventario de Personalidad de Benreuter se podía diferenciar el diagnóstico de Psicópatas constitucionales inferiores, ya que estos pacientes presentan un cuadro semejante al que se considera normal en este inventario, excepto por lo que se refiere a la falta de control que presenta la mayoría de las personas bajo el influjo de la emoción; en los psicópatas este control existe debido a la falta de respuesta emocional.

Al elaborar la prueba, que originalmente se llamo Registro Multifásico de la Personalidad, se tomaron en cuenta la educación y cultura de los sujetos a quienes se administraría, a fin de que la frase fuera comprendida aun por personas de bajo nivel intelectual o cultural. El objetivo de esta primera presentación era analizar el mayor número de tipos de personalidad y obtener mas validez que la ofrecida por los inventarios de personalidad publicados desde 25 años antes.

Dahlstrom y Welsh (1960) han logrado seleccionar 213 escalas que incluyen, entre otros, los siguientes aspectos: aprovechamiento escolar, alcoholismo, índice de ansiedad, ansiedad manifiesta, control, delincuencia, negación de síntomas, escapismo, inmadurez emocional, epilepsia, fortaleza del ego, masoquismo femenino, tendencias a cefaleas, control de hostilidad, histeria de conversión, necesidad de afecto, altruismo, normalidad, predicción de modificación, paldofilia, rigidez y desviación sexual. En la elaboración de estas escalas participaron Welsh, Hathaway, Meshl, McKinley, Schofield, Pepper, Strong, Gough, Beall, Panton, Barron, Monachesi, Guthrie y Hampton, entre otros. Sin embargo son trece las escalas básicas utilizadas: cuatro de validez y nueve clínicas.

Originalmente, al elaborar las preguntas que integran las escalas clínicas se tuvo en cuenta que el informe verbal del paciente no es tan confiable ni válido como la información obtenida cuando aquel es estimulado a contestar preguntas por medio de respuestas tales como cierto, falso, o no puedo decir. Estas preguntas se formularon de acuerdo con la experiencia clínica; sin embargo también se tomaron en

consideración las preguntas comunmente usadas en psiquiatría para obtener la historia clínica del enfermo en general y de pacientes neurológicos; asimismo, se consideraron algunas preguntas ya elaboradas de inventarios de la personalidad y de actitudes sociales. La lista original incluía más de mil preguntas poco a poco estas se redujeron a 566 que contiene el folleto publicado por la Universidad de Minnesota y que es distribuido por la Corporación Psicológica de Nueva York.

En un principio las preguntas fueron frases declarativas en primera persona de singular, la mayoría en afirmativo: Me gustan las revistas de mecánica; también existen algunas negativas: No me molesta que se burlen de mí. No se utilizan frases interrogativas. Las frases se estructuraron con las palabras utilizadas con mas frecuencia por la mayoría de las personas. El contenido de las frases se restringió a temas conocidos.

La forma gramatical fue sacrificada en algunas ocasiones, a fin de hacer la frase breve y clara, pero sin que la oración fuese confusa e incomprensible.

En tiempos pasados, las frases se anotaban en tarjetas rectangulares, mismas que debían colocarse en la sección correspondiente de una caja, Cierto o Falso, según el sujeto considerara el contenido de la frase. Las tarjetas se ordenaban de tal forma que su calificación se facilitaba.

La tercera escala clínica que se estructuró tuvo como objeto diferenciar pacientes con dudas exageradas, obsesiones y fobias. Anteriormente este grupo de trastornos se clasificaban con el nombre generico de psicasténias. En la actual se les considera como un grupo de trastornos obsesivo-compulsivos.

Los actos compulsivos se caracterizan siempre por la necesidad que siente el paciente de ejecutar ciertos actos sin tomar en cuenta lo racional de los mismos, es decir, el paciente, se ve forzado a ejecutar el acto porque se siente angustiado si no lo hace. El pensamiento obsesivo esta acompañado de angustia y tensión como cuando el paciente piensa constantemente que él es una persona inútil o que algo terrible le va a suceder. Con el termino psicasténia se define cierta debilidad de la voluntad que incapacita al individuo para impedir el tipo de conducta que realiza o se ve forzado a realizar.

Esta escala, abreviada y comunmente llamada (Pt), se utilizó para diferenciar pacientes con síntomas clínicos de psicasténia, de sujetos normales. Se observó que las personas consideradas normales, pero con síntomas obsesivos-compulsivos, obtuvieron una puntuación mas alta en la escala, que las personas normales sin patología de esa clase. La forma en que comunmente contestaban los pacientes de puntuación alta en esta escala es la siguiente: Una vez a la semana, o mas a menudo, me pongo muy exitado (C). Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia como bombillas eléctricas en anuncios luminosos, etc. (C). Mi memoria parece ser buena. (F).

Cabe señalar que existieron muchos problemas que tuvieron que resolverse durante el proceso de desarrollo de las escalas del M.M.P.I. Es obvio que el objeto de las escalas fue el encontrar y valorar formas o procesos psicológicos anómalos comunmente conocidos.

Otro punto que cabe mencionar es la selección de las frases. Estas se seleccionaron de acuerdo a la posibilidad que ofrecían para diferenciar un grupo clínico de uno normal. Las frases no se seleccionan con base en su contenido o en alguna significación especial; los autores observaron que frecuentemente la frase podía no tener relación alguna con la escala o escalas en sí, pero se incluyó de acuerdo con la posibilidad que ofrecía para diferenciar el grupo clínico del normal.

Por otra parte, los autores de la prueba, al derivar las escalas, utilizaron grupos de enfermos mentales que habían sido debidamente diagnosticados por el personal psiquiátrico del Hospital de la Universidad de Minnesota. Pasaron muchos años antes de que se pudiera reunir un número de pacientes lo más representativo posible de un síndrome dado, que sirviera para derivar satisfactoriamente una escala.

Es bien sabido que en la práctica clínica, los casos clásicos de histeria, entre otros, rara vez se presentan en esa forma, ya que siempre se observa una combinación de síntomas de otros síndromes, lo que ha dado como resultado que otro clínico presente un diagnóstico diferente debido a este fenómeno. Esto es fácilmente comprensible en el caso de la depresión relacionada con otros cuadros clínicos, pero no para otros casos de diferentes síndromes que presentan relaciones entre sí. De hecho la situación se presenta, y sin duda, debido a esto, las escalas presentan dificultad similar.

La escala de Hipomanía (Ma) tiene por objeto evaluar grados leves de excitación maníaca, típicos de la psicosis maniaco-depresiva. a fin de estructurar la escala (Ma), se hicieron estudios de pacientes que sufrían un grado moderado de esta perturbación, ya que casos severos no pueden cooperar adecuadamente en la clasificación de las frases. Aquellos pacientes que sufrían de estados confusos, delirios, agitación o cuadros de esquizofrenia, también fueron excluidos. La selección de las frases que integran la escala (Ma) se realizó de la misma manera que con las escalas hasta aquí descritas, ya que en esta época, la prueba estaba integrada por 550 frases en lo referente a la calificación, fue similar a las demás escalas; a las frases contestadas de acuerdo con el grupo experimental (de hipomaníacos), se les dió el valor de un punto. La puntuación total de las escalas se convirtió en puntuación "T".

La forma en que los pacientes de la escala (Ma) contestan sigue la orientación siguiente: Trabajo bajo una tensión muy grande. (C). A veces me dan ataques de risa o llanto que no puedo controlar. (C). A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso. (C). Algunas veces persisto en una cosa hasta que los otros pierden la paciencia conmigo. (C). Creo que la mujer debe de tener tanta libertad sexual como el hombre. (F). Nunca he hecho algo peligroso solo por el hecho de hacerlo. (F).

La escala (Ma) fue una de las que mas dificultad presento al investigar la evidencia de su validez; no obstante, al transcurrir el tiempo ha sido de gran utilidad en la práctica clínica, ya que la alta puntuación en esta escala parece estar de acuerdo con la opinión psiquiátrica respecto al diagnóstico de hipomanía.

La escala (Es) recibió mayor atención para lograr identificar una

variable útil. Para derivarla se probaron diferentes frases con las que se buscó el tipo de contestaciones que ofrecieron 50 pacientes diagnosticados como esquizofrénicos. La escala (Es) que se usa actualmente se derivó de un grupo de 152 proposiciones que mostró diferencias confiables estadísticamente del grupo de esquizofrénicos, pero también se tuvo que modificar porque se prestaba a lo que Mahaway (1951) denominó resultados falsos-positivos, los cuales son protocolos que semejan ser como los de un grupo dado, suponiendo esquizofrenia sin ser realmente de este grupo.

Por otra parte, se intentó obtener subcalificaciones de esquizofrenia simple, hebefrénica, paranoide y catatónica, pero esto no se logró. Finalmente se obtuvo la escala (Es) actual, misma que se modificó con la introducción de la escala de corrección K.

Algunas de las frases de la escala (Es) son contestadas de la siguiente manera: A veces he sentido placer cuando un ser querido me ha lastimado. (C). Aun cuando este acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo. (C). Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero. (C). Digo cosas extrañas cuando estoy solo. (C). Nunca he estado enamorado de nadie. (C). Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier cosa afilada o puntiaguda. (C). Mi memoria parece ser buena. (F). Mi madre fue una buena mujer. (F).

La escala (Mf) fue obtenida al comparar la frecuencia con que las frases eran interpretadas por un grupo de sujetos normales y por un grupo de sujetos homosexuales. También se compararon las frecuencias de las interpretaciones realizadas por hombres y mujeres. Como resultado se concluyó que era muy difícil lograr un grupo homogéneo de homosexuales, ya que este grupo clínico se presta más que otros, a subdivisiones muy variadas. Existen, por ejemplo, pseudohomosexuales con rasgos neuróticos; en ellos los sentimientos de inferioridad parecen ser el rasgo más dominante. Por otra parte hay homosexuales sociopáticos que obtuvieron alta puntuación en la escala 4(Dp). También hay homosexuales en los que parece existir un factor constitucional. A pesar de esta diversidad, la evidencia estadística fue suficiente para establecer la escala (Mf), que hoy es considerada importante en la interpretación clínica del M.M.P.I.

Existen tres escalas de validez: L, F y K. La escala L esta integrada por 15 frases que describen situaciones deseables socialmente, pero que rara vez son realizadas por el individuo. Indudablemente, todos nos enojamos con frecuencia o de vez en cuando; pero al señalar que nunca nos enojamos se hace con el objeto de lograr mayor aceptación social. En promedio las personas solo contestan de tres a cinco respuestas calificables con L. Originalmente la escala se baso en la investigación de Harstshorne y May acerca de la honradez y de la tendencia a mentir y a engañar, aplicadas a la situación de tomar pruebas psicológicas.

La escala F esta integrada por 64 frases selectas, debido a que la puntuación de los sujetos normales seleccionados era baja; solamente obtenian 2 o 4 puntos. Se observó que esta puntuación era muy alta en la escala, lo cual indicaba gran dificultad para comprender; en este caso, la prueba seria invalidada. Por otra parte, también podía indicar que el sujeto no colaboraba ampliamente para resolver la prueba.

La escala (?) No puedo decir, se obtiene al contar las frases que el

sujeto no contesta. Hoy en día se hace hincapié en que el sujeto conteste todas las preguntas, y no se le da importancia a la parte de la consigna donde se indica que si la oración o proposición no se aplica a él o es algo que desconozca, no haga marca alguna en la hoja de contestaciones.

La escala K es la más reciente de las escalas de validez y es mucho más compleja. No tiene por tanto una interpretación especial, pues se utiliza en combinación con cinco escalas clínicas: Hs, Dp, Pt, Es y Ma; estas escalas tienen un propósito correctivo. Una puntuación alta en la escala K, y una puntuación elevada en la escala L, indican actitud defensiva y falta de franqueza, en tanto que una puntuación baja en la escala K y una puntuación elevada en la escala F indican franqueza y demasiada autocrítica.

Como escala modificadora, la escala K tuvo por objeto detectar aquellos sujetos que, sin tener ningún padecimiento, mostraban respuestas de tal naturaleza que les hacían parecer como anormales; por otra parte la escala también se aplicó para distinguir a las personas con padecimientos mentales, pero que parecían no tener ninguno. Para esto se buscó una serie de oraciones que pudieran ofrecer un cuadro de la actitud que el paciente tenía al interpretar la prueba. Durante dos años se experimentó con algunas frases, hasta obtener 30 que integran la escala.

La escala K es indispensable para distinguir las distorsiones extremas, en tanto que las escalas L y F son suficientes para detectar las actitudes conscientes o inconscientes de personas defensivas o autocríticas.

DESCRIPCION DE LAS ESCALAS DE INTERES

ESCALAS DE FRASES OMITIDAS L, F Y K.

Las escalas de validez tienen por objeto señalar el grado de confianza que se puede tener para hacer las inferencias sobre la personalidad basándose en el perfil de la prueba. En realidad estas escalas se refieren principalmente a la actitud que el sujeto toma al contestar. Esta actitud esta basada en el grado de conformidad con el grupo dentro del cual funciona el examinado, en el proceso de socialización y en el estado de salud en que se encuentra.

La mayoría de los investigadores, señalan que debe tomarse en consideración el límite de las escalas de validez, observando una puntuación límite para aceptar la interpretación que pueda hacerse en lo referente a las otras escalas. De hecho se interpretan los datos encontrados por medio de las escalas de validez, se comienzan a encontrar rasgos de personalidad del paciente estudiado.

Siempre es recomendable que el clínico tome una actitud flexible en la limitación de las escalas de validez, se debe recordar que la prueba como cualquier otra situación, presenta una muestra de la conducta del sujeto, y en este sentido ofrece de cualquier manera información útil en la evaluación del sujeto y su personalidad.

ESCALA 5 (Mf) MASCULINO-FEMENINO

Esta escala esta relacionada con intereses que pueden definirse entre los que son propios de los hombres y de las mujeres, es decir, pertinentes a características propias de un sexo o del otro. Para cualquiera de los dos sexos una puntuación elevada implica una orientación en dirección al sexo opuesto. Lo que se encuentra en sujetos normales son características de pasividad, y dependencia; entre los hombres sensibilidad, idealismo, sociabilidad, con intereses estéticos, filosóficos, socialmente perceptivos y capaces de darse cuenta y reaccionar ante las sutilezas involucradas en las relaciones interpersonales, ofreciendo inferencias prácticas y valiosas.

Las mujeres con alta puntuación, son más bien amantes del peligro tienen mucha fortaleza física, se enfrentan adecuadamente a la vida, dan apariencia de tranquilidad y serenidad.

Las puntuaciones bajas en esta escala, ofrecen un grupo de sujetos masculinos dados a la acción, atrevidos, vulgares, obsenos, rudos, repulsivos, poco caballerosos y tóscos.

El adolescente con puntuaciones altas en la escala 5(Mf) es inteligente, se comporta bien, caballeroso ya que prefiere las artes, la música, la literatura y es estudioso, lo que lo hace popular entre los maestros y obtiene buenas calificaciones.

La muchacha adolescente con puntuaciones altas en esta escala no es buena estudiante. Las adolescentes campesinas son hombrunas, pero las del área urbana nó. Las adolescentes con puntuaciones bajas en esta

escala son semejantes al adolescente con puntuación alta, es decir es inteligente y obtiene buenas calificaciones.

El joven adolescente que obtiene puntuaciones bajas en la escala es agresivo, vociferante, desafiante, poco interesado por los estudios, desaplicado, generalmente recibe calificaciones de mala conducta de parte de los maestros.

ESCALA 7(Pt) PSICASTENIA

Esta escala esta integrada por 48 frases elaboradas con el propósito de encontrar características de la personalidad clasificada como psicastenia, término introducido por Janet y que actualmente no se usa, las características de la personalidad, incluyen reacciones fóbicas y obsesivo-compulsivas. Las personas dentro de esta categoría están caracterizadas por excesivas dudas, dificultad en lograr decisiones, gran variedad de temores, excesiva preocupación obsesiva, actos compulsivos y ritualistas, perfeccionistas en sus exigencias tanto en sí mismos como en los demás.

El sujeto normal con puntuaciones elevadas en esta escala, es sentimental, dependiente, deseoso de agradar, con sentimientos de inferioridad, indeciso, compulsivo, tranquilo y de buen temperamento aunque individualista e insatisfecho.

La mujer por su parte, es sensitiva, emotiva, se preocupa demasiado y presenta rasgos neuróticos.

Cuando la escala 7 es la mas elevada del perfil, los sujetos son opacados, individualistas y agresivos.

Según Swenson una puntuación superior a 28 en el hombre y, de 24 en la mujer, se encuentra en sujetos rígidos, meticulosos, preocupados y aprensivos, porque creen que algo malo les va a pasar, insatisfechos con sus relaciones interpersonales, temerosos y obsesivos, compulsivos y con sentimientos de culpa, preocupados por temas religiosos y morales.

ESCALA 8(Es) ESQUIZOFRENIA

Esta escala esta constituida por 78 frases y es la más numerosa de todas las escalas clínicas. Sin embargo es una de las más débiles en cuanto a su estructuración dado el complejo de la entidad que mide. El contenido extraño de las frases es asociado clásicamente con la esquizofrenia. Como lo es también el contenido que implica aislamiento emocional, las relaciones inadecuadas con la familia, apatía e indiferencia.

El sujeto normal con puntuaciones altas en esta escala es una persona difícil en sus relaciones interpersonales, negativo, apático, extraño, con poco talento social.

Cuando la escala 8 es la mas elevada en el perfil se trata de sujetos jóvenes, reos o enfermos psiquiátricos, ya que este cuadro es muy raro que se encuentre en personas normales. En sujetos normales se describe apatía, aislamiento y excentricidad.

Los estudiantes universitarios con la escala 8 demasiado elevada en el perfil presentan problemas en sus relaciones interpersonales; tienen dificultad en ser aceptados por su grupo; preocupación por aspectos

sexuales, con tendencias ninfomaniacas, fantasías extrañas conducta llena de ensañaciones, pero no se presentan psicosis francas como en el grupo de adultos.

Entre la adolescencia se encuentra una elevación moderada en esta escala y esto puede asociarse con una rebeldía a los patrones de conducta establecidos por el grupo de adultos. Puede ser además oposición del adolescente al convencionalismo y al conformismo social que le rodea.

Las frases de esta escala reflejan procesos de pensamiento inusual, carencia de intereses, apatía, sentimientos de alienación social, relaciones interfamiliares pobres, peculiaridades de la percepción, eficiencia reducida.

Se subdivide en varias áreas como: Alienación social, alienación emocional, falta de control del ego, falta de dominio del ego, inhibición defectuosa y experiencias sensoriales fantásticas.

ESCALA 9 (Ma) MANIACO-DEPRESIVA:

El objeto de esta escala fue poder diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maniaco-depresivas tipo maníaco. Este cuadro clínico se caracteriza por una actividad intensa, gran distracción, relación inestable, incansable, insomnio, hipertiroidismo, actitud de desconfianza y además megalomanía. El lenguaje es generalmente rápido reflejando pensamiento bajo tensión; algunos clínicos piensan que este estado es una defensa en contra de la depresión.

El sujeto normal que ofrece una puntuación alta en esta escala es optimista, decidido, expansivo y no se encuentra atado a las costumbres que le rodean socialmente.

El universitario con puntuación alta en esta escala es también optimista, decidido, expansivo, energético, sociable, entusiasta, eficiente y responsable, muestra iniciativa, expresividad, es demostrativo en sus sentimientos, imaginación, ansiedad y de pocos amigos.

Cuando la escala 9 es la más elevada del perfil, los sujetos no muestran necesariamente un cuadro hipomaniaco. Universitarios con problemas emocionales muestran tendencias homosexuales en tanto que la universitaria muestra problemas en controlar adecuadamente sus impulsos agresivos y se manifiesta infantil, inflexible, egoísta y rebelde con sus padres a quienes califica como dominantes.

Existen personas aparentemente normales que se sienten y dan la impresión de estar perfectamente bien; son entusiastas, energicas y optimistas, pero el grado en que utilizan sus energías son generalmente insuficientes porque intentan hacer muchas cosas a la vez. Generalmente estas personas se encuentran plétoricas de ideas que pueden ser básicamente buenas pero no son adecuadas y las ponen en acción, que raramente llegan a conclusiones satisfactorias. Emocionalmente este paciente es demasiado feliz, pero se muestra impaciente y a veces expresa ideas de tristeza y frustración, su estado de ánimo cambia rápidamente en pocos minutos o en pocas horas de una fase a otra, a menudo sin que ningún estímulo del ambiente corresponda a ese cambio. Se puede verificar durante largos períodos de observación que estos pacientes sufren de fases definidas más bien por depresión que por euforia. Entre las características de estos

pacientes también se encuentra egocentricidad, falta de apreciación de la ineptitud de su conducta y cierto desprecio por los demás y por el convencionalismo social. Pueden llegar a tener dificultades con la autoridad.

En los grupos normativos de Minnesota la escala 9 es la más elevada en los hombres, mujeres y adolescentes. En el grupo universitario la escala 9 es la más frecuente entre las mujeres y, entre los hombres, es secundaria la escala 5.

V CAPITULO

ANALISIS DE LOS DATOS

A continuación se describirá el procedimiento que se llevó a cabo para el análisis estadístico de la investigación.

El método utilizado es la prueba de dos muestras de Komogorov-Smirnov; para lo cual se realizaron los siguientes pasos:

1.- Evaluación de los test aplicados a adolescentes, por medio de las plantillas correspondientes, dando como resultado las puntuaciones naturales.

2.- Obtención de la media (\bar{X} med), y desviación estandar (s), para cada una de las escalas investigadas.

3.- Se trabajó con los datos obtenidos de cada escala en los sujetos de la muestra de la investigación separados por sexo, y se hizo una distribución de frecuencia acumulada.

4.- Utilizando la frecuencia acumulada (F_i) se obtuvieron los percentiles con la siguiente fórmula $Perc = F_i/N$ donde $N = N_o$ de la muestra.

5.- Se encontró el percentil para cada uno de los valores "Z" del "M.M.P.I." mediante los puntajes "T" dados por el autor, y el uso de las tablas "Z" con área.

6.- Se obtuvo la diferencia máxima observada entre los percentiles del autor y los de la muestra (valor absoluto), por cada escala y por sexo.

7.- Mediante la fórmula $D_c = 1.63 \text{ por la raíz de } (N_1 + N_2) / (N_1 N_2) (*)$ se encontró el valor para la regla de decisión de aceptar o rechazar "Ho" con un nivel de significancia de "0.01".

8.- Si se observa que " $D_{obs} > D_c$ ", entonces "Ho" se rechaza. Y si se observa que " $D_{obs} < D_c$ ", entonces "Ho" se acepta.

Las tablas 1.0 y 1.1 muestran la comparación de los percentiles de la muestra de adolescentes del sexo masculino de la investigación y los percentiles del sexo masculino del "M.M.P.I.". La primer columna representa los puntajes obtenidos de la muestra en la escala que se indica; " f_i " corresponde a la frecuencia de cada uno de los valores en el estudio, para dar lugar a " F_i " que es la columna de frecuencia acumulada. La cuarta columna, corresponde a la columna de percentiles, y se obtuvo por la división de " F_i/N " donde $N = 50$ (número de la muestra). La columna de "Z" corresponde al "M.M.P.I.", cuyos valores fueron obtenidos mediante los puntajes "T" dados por el autor. Con el valor anterior y las tablas "Z" con área se encontraron los percentiles para los valores del "M.M.P.I.". La columna de diferencia es el valor absoluto de la resta del percentil de la investigación menos el percentil del "M.M.P.I.". " D " es el valor calculado por la fórmula $D_c = 1.63 \text{ por la raíz de } (N_1 + N_2) / (N_1 N_2)$; cuyo resultado es decisivo en la conclusión final.

Para cada una de las escalas que se presentan en estas tablas se realizó una gráfica, contenidas en las siguientes páginas y señaladas con los números: 1.0, 1.1, 1.2, 1.3; el eje horizontal esta representado por la distribución de datos, y el eje vertical por los percentiles.

Las tablas 1.2 y 1.3, así como las gráficas 1.4, 1.5, 1.6 y 1.7, son el mismo procedimiento e información anterior solo que en el sexo femenino de ambas muestras (de la investigación y del "M.M.P.I.").

En las tablas 1.4 y 1.5 se hizo la comparación entre el sexo femenino y el sexo masculino de las muestras de la investigación, con el fin de encontrar alguna diferencia significativa entre ambos. Los resultados están representados en las gráficas 1.8, 1.9, 2.0 y 2.1, con lo que se puede ver que no hay diferencia significativa en las tres últimas escalas (7, 8 y 9), en tanto que en la escala 5 (Mf) da como resultado una gráfica de curvas encontradas, esto es debido a que una puntuación alta da características opuestas en hombres, que en mujeres (ya descritas en capítulos anteriores). Debido a que se debe de comprobar si ambas muestras se comportan igual dentro de su respectiva escala, y al no poderse realizar con el método de Kolmogorov-Smirnov, se realizó un estudio de las medias el cual es expuesto en la tabla 1.8.1, donde la primer columna son los datos recogidos de la muestra (puntajes naturales); la segunda columna representa los puntajes "T" obtenidos por la fórmula $T=50 + (10(X_i - X_{med}))/s$; la tercer y última columna es la frecuencia con que ocurrieron cada uno de los puntajes naturales. Se procedió a hacer la sumatoria de la multiplicación de los puntajes "T" por "fi"; así como la sumatoria de los cuadrados de "T" por "Fi", para obtener las medias y la desviación estandar.

Z calculada se obtuvo por la substitución de la fórmula $Z_c = (\text{media 1} - \text{media 2}) / \text{raíz de } (S_1/N_1) + (S_2/N_2)$ con un nivel de significancia de 0.01 se encontró la "Z" de tablas donde si $"Z_c" > +2.575$ se rechaza "Ho". Sin embargo se aceptó "Ho", o sea que el comportamiento de las muestras es igual en su escala.

Las tablas 1.6 y 1.7 son la representación global de los resultados, tomando los percentiles correspondientes a la diferencia máxima de cada escala y sexo. Sólo en la escala 5 (MF) Masculinidad-Femineidad, para el sexo masculino se encontró que no hay diferencia significativa, por lo tanto se acepta "Ho". En las demás escalas fué rechazada "Ho".

* N2 es el número de sujetos utilizados por Hathaway para la normalización de sus escalas, tomadas de "Pruebas Psicométricas de la Personalidad manual del M.M.P.I." Rafael Nuñez Pags. 312 y 330

CONCLUSIONES ESTADISTICAS

Para realizar el análisis estadístico mediante el método de Kolmogorov-Smirnov, se realizó una distribución de frecuencia acumulada para cada escala y cada sexo. Con lo que se obtuvieron los percentiles para los valores de las puntuaciones naturales de la muestra, lo que representa el área que corresponde a dicho valor. Para establecer la comparación con lo establecido por Hathaway en su baremon, se tomaron los puntajes "T" correspondientes a las puntuaciones naturales que arrojaron la calificación de los test de la muestra de la investigación, y se trabajó con las tablas Z con área para encontrar el percentil correspondiente. Se sacaron las diferencias en valor absoluto, restandole al percentil de la investigación el percentil obtenido mediante los puntajes "T" dados por el autor del M.M.P.I.

Mediante la fórmula $Dc = 1.63 \text{ por la raíz de } (N1+N2)/(N1N2)$ se obtuvo el valor calculado, decisivo para aceptar o rechazar H_0 , ya que este valor se compara con la diferencia máxima observada.

En las escalas del sexo masculino, para la escala 5(Mf) se encontró una diferencia máxima observada de 0.1885 y una diferencia calculada de 0.249, por lo que $0.1885 < 0.249$, con lo que H_0 se rechaza y por lo tanto no hay diferencia significativa en esta escala. En la escala 7(Pt) la diferencia máxima observada fue de 0.4481 y Dc de 0.2506. Dobs. $>$ Dc. por lo tanto H_0 se rechaza y sí existe diferencia significativa. También hubo diferencia significativa en las escalas 8(Es) y 9(Ma) donde se obtuvieron diferencias máximas observadas de 0.6359 y 0.6532 respectivamente, y un Dc de 0.2506 para ambos, por lo tanto Dobs. $>$ Dc.

A diferencia del sexo masculino, en las mujeres adolescentes de la investigación todas las escalas tuvieron diferencia significativa. En la escala 5(Mf) la diferencia máxima observada fue igual a 0.3379 y Dc. igual a 0.2788; en la escala 7(Pt) la diferencia máxima observada fue de 0.3179 y Dc. igual a 0.2452; en la escala 8(Es) la diferencia máxima observada fue de 0.4315 y Dc. de 0.2458; y en la escala 9(Ma) Dobs. = 0.4881 y Dc. = 0.2454. En las cuatro escalas Dobs. $>$ Dc. por lo tanto H_0 se rechaza.

Gráficamente se puede observar la diferencia en las áreas y la dirección de las curvas, siempre se encuentra por abajo la curva de la investigación, con excepción de la gráfica de la escala 5(Mf) del sexo masculino.

También se realizó una comparación entre los resultados obtenidos en los protocolos de mujeres y los de los hombres para conocer si el comportamiento de respuesta era similar en ambos sexos. Aun y que en las mujeres se observó que los puntajes son más elevados que en los hombres, estadísticamente no se puede establecer una diferencia significativa. En las escalas 7(Pt), 8(Es) y 9(Ma) donde las diferencias máximas observadas fueron de 0.08; 0.16 y 0.1592 respectivamente y Dc. igual para las tres escalas de .3260, Dobs. $<$ Dc. La escala 5(Mf) con una Dobs. de .93 y un Dc. de .3260, fue un caso especial, ya que una puntuación natural alta da

características completamente contrarias en hombres que en mujeres, por lo tanto la escala se maneja de manera ascendente para hombres y descendente para mujeres. Pero debiendo demostrar si el comportamiento de ambos es similar dentro de su escala se realizó un análisis de las medias, donde la media para hombres fue de 50.04 y para mujeres de 50.02, obtenidas de la siguiente manera: $E(Tfi)/N$. Se sacó Z_c . (Z calculada) con la fórmula $Z_c = (media\ 1 - media\ 2) / \text{raiz de } (S1/N1) + (S2/N2)$ obteniendo un valor de .03158. Con un nivel de significancia de 0.01 se buscó en las tablas $Z_t = \pm 2.575$. $.03158 < 2.575$ por lo tanto se acepta H_0 y se concluye que el comportamiento de hombres y mujeres es igual en su respectiva escala.

TABLAS Y GRAFICAS
CORRESPONDIENTES AL ANALISIS ESTADISTICO

TABLA 1.0 ADOLESCENTES SEXO MASCULINO Vs. MINNESOTA

S (Mf)	ESTUDIO ADOLESCENTES		M. M. P. I.		DIFE- RENCIA	
	SEXO fi	MASCULINO Fi	PERCENTIL	Z		PERCENTIL
11	1	1	0.02	-1.80	0.0359	0.0159
12			0.02		0.0600	
13			0.02		0.0700	
14			0.02		0.1000	
15	1	2	0.04	-1.10	0.1335	0.0935
16			0.03		0.1200	
17	2	4	0.08	-0.70	0.2420	0.1620
18	2	6	0.12	-0.50	0.3085	0.1885
19	5	11	0.22	-0.30	0.3821	0.1621
20	4	15	0.30	-0.10	0.4602	0.1602
21	5	20	0.40	0.10	0.5398	0.1398
22	6	26	0.52	0.30	0.6179	0.0979
23	4	30	0.60	0.50	0.6915	0.0915
24	3	33	0.66	0.70	0.7580	0.0980
25	10	43	0.86	0.90	0.8159	0.0441
26	4	47	0.94	1.10	0.8643	0.0757
27	1	48	0.96	1.30	0.9032	0.0568
28	1	49	0.98	1.50	0.9332	0.0468
29	0	49	0.98	1.50	0.9332	0.0468
30	1	50	1.00	1.90	0.9713	0.0287

Dobs max = 1.1885

Dc = 0.2490

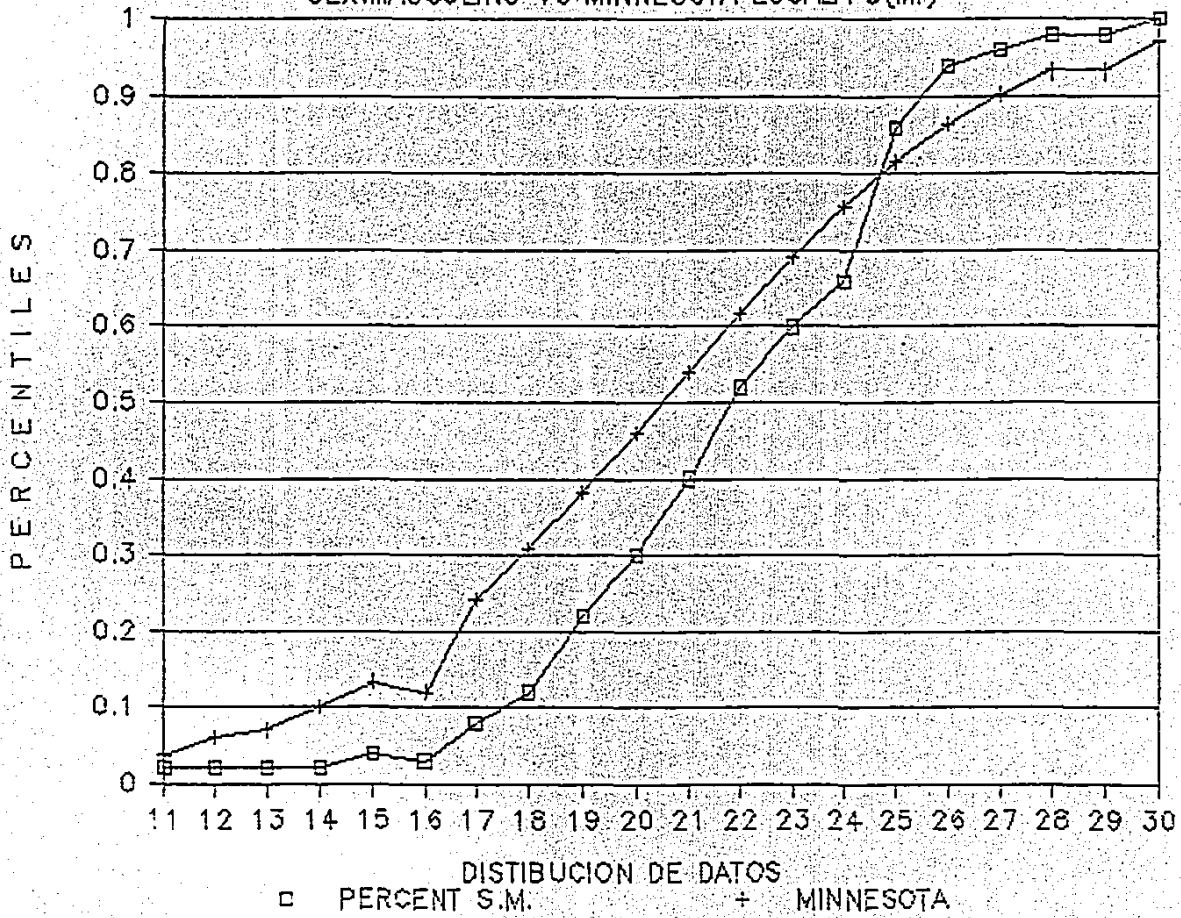
Xmed. = 22.2200

S = 3.5200

Dobs max < Dc ∴ H1 se rechaza

GRAFICA 1.0 ADOLESCENTES

SEX: MASCULINO Vs MINNESOTA ESCALA 5 (Mf)



ESTUDIO EN ADOLESCENTES DE LAS ESCALAS: 5 (Mf), 7 (Ft), 8 (Es), y 9 (Ma) del M.M.F.F.J.

P

TABLA 1.1 ADOLESCENTES SEXO MASCULINO Vs. MINNESOTA

7 (Pt)	ESTUDIO SEXO fi	ADOLESCENTES MASCULINO Fi	PERCENTIL	M. M. P. I. Z	PERCENTIL	DIFE- RENCIA
13			0.009		0.0090	
14			0.009		0.0100	
15			0.010		0.0200	
16			0.010		0.0700	
17			0.010		0.1100	
18			0.010		0.1500	
19			0.010		0.2100	
20	3	3	0.060	-0.60	0.2743	0.2143
21			0.060		0.3400	
22	2	5	0.100	-0.60	0.4207	0.3207
23	4	9	0.180	0.00	0.5000	0.3200
24	1	10	0.200	0.20	0.5793	0.3793
25	4	14	0.280	0.40	0.6554	0.3754
26	1	15	0.300	0.60	0.7257	0.4257
27	2	17	0.340	0.80	0.7881	0.4481
28	6	23	0.460	1.00	0.8413	0.3813
29	1	24	0.480	1.20	0.8849	0.4049
30	4	28	0.560	1.40	0.9192	0.3592
31	2	30	0.600	1.60	0.9452	0.3452
32	10	40	0.800	1.90	0.9713	0.1713
33	1	41	0.820	2.10	0.9821	0.1621
34	3	44	0.880	2.30	0.9893	0.1093
35	1	45	0.900	2.50	0.9938	0.0938
36	2	47	0.940	2.70	0.9965	0.0565
37	1	48	0.960	2.90	0.9981	0.0381
38			0.960		1.0000	
39			0.980		1.0000	
40			0.980		1.0000	
41	1	49	0.980	3.70	1.0000	0.0200
42			0.980		1.0000	
43			0.980		1.0000	
44			0.980		1.0000	
45			1.000		1.0000	
40			1.000		1.0000	
42			1.000		1.0000	
44			1.000		1.0000	
46			1.000		1.0000	
48			1.000		1.0000	
51	1	50	1.000	4.50	1.0000	0.0000

Dobs max = 0.4481

Dc = 0.2506

Xmed. = 29.2800

S = 5.3100

Dobs max > Dc ∴ No se rechaza

GRAFICA 1.1 ADOLESCENTES

SEX.MASCULINO Vs MINNESOTA ESCALA 7 (Pt)

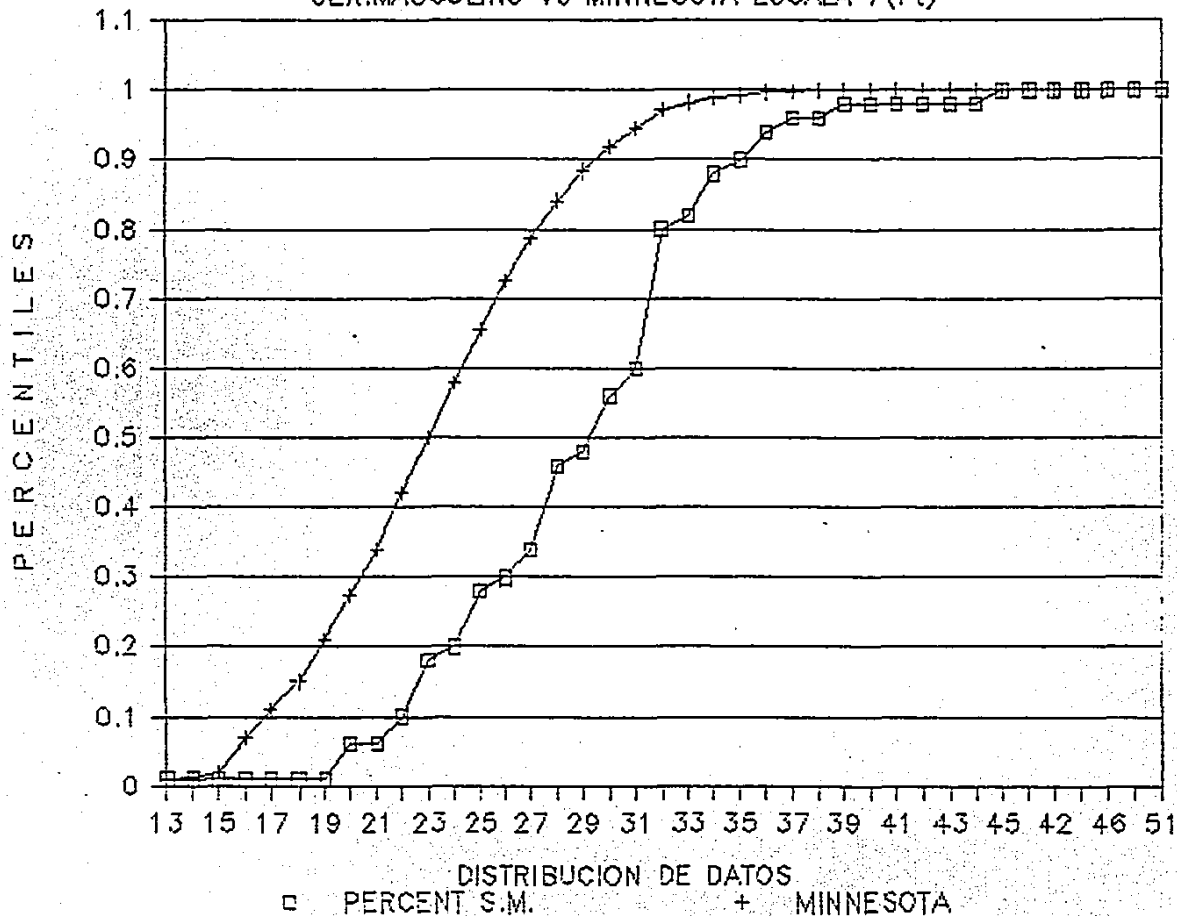


TABLA 1.2 ADOLESCENTES SEXO MASCULINO Vs. MINNESOTA

8 (Es)	ESTUDIO ADOLESCENTES		M. M. P. I.		DIFE-RENCIA	
	SEXO	MASCULINO	Z	PERCENTIL		
	f _i	F _i	PERCENTIL			
12			0.009	0.0090		
13			0.009	0.0140		
14			0.010	0.0500		
15			0.010	0.0900		
16			0.010	0.1500		
17			0.010	0.2100		
18			0.010	0.2700		
19			0.014	0.3400		
20			0.020	0.4000		
21			0.030	0.5000		
22			0.060	0.5200		
23	2	2	0.040	0.10	0.5398	0.4998
24	2	4	0.080	0.30	0.6179	0.5379
25	2	6	0.120	0.50	0.6915	0.5715
26	2	8	0.160	0.70	0.7580	0.5980
27	1	9	0.180	0.90	0.8159	0.6359
28	7	16	0.320	1.00	0.8413	0.5213
29	5	21	0.420	1.30	0.9032	0.4832
30	3	24	0.480	1.50	0.9332	0.4532
31	3	27	0.540	1.70	0.9554	0.4154
32	3	30	0.600	1.90	0.9713	0.3713
33	1	31	0.620	2.10	0.9821	0.3621
34	5	36	0.720	2.30	0.9893	0.2693
35			0.710		1.0000	
36	1	37	0.740	2.60	0.9953	0.2553
37	3	40	0.800	2.80	0.9974	0.1974
38			0.810		1.0000	
39			0.820		1.0000	
40	2	42	0.840	3.40	1.0000	0.1600
41	2	44	0.880	3.60	1.0000	0.1200
42	3	47	0.940	3.80	1.0000	0.0600
43	1	48	0.960	4.00	1.0000	0.0400
44			0.960		1.0000	
45			0.980		1.0000	
46			0.980		1.0000	
47			0.990		1.0000	
48			0.990		1.0000	
49	1	49	0.980	5.10	1.0000	0.0200
50			1.000		1.0000	
51	1	50	1.000	5.50	1.0000	0.0000

Dobs max = 0.4481

Dc = 0.2506

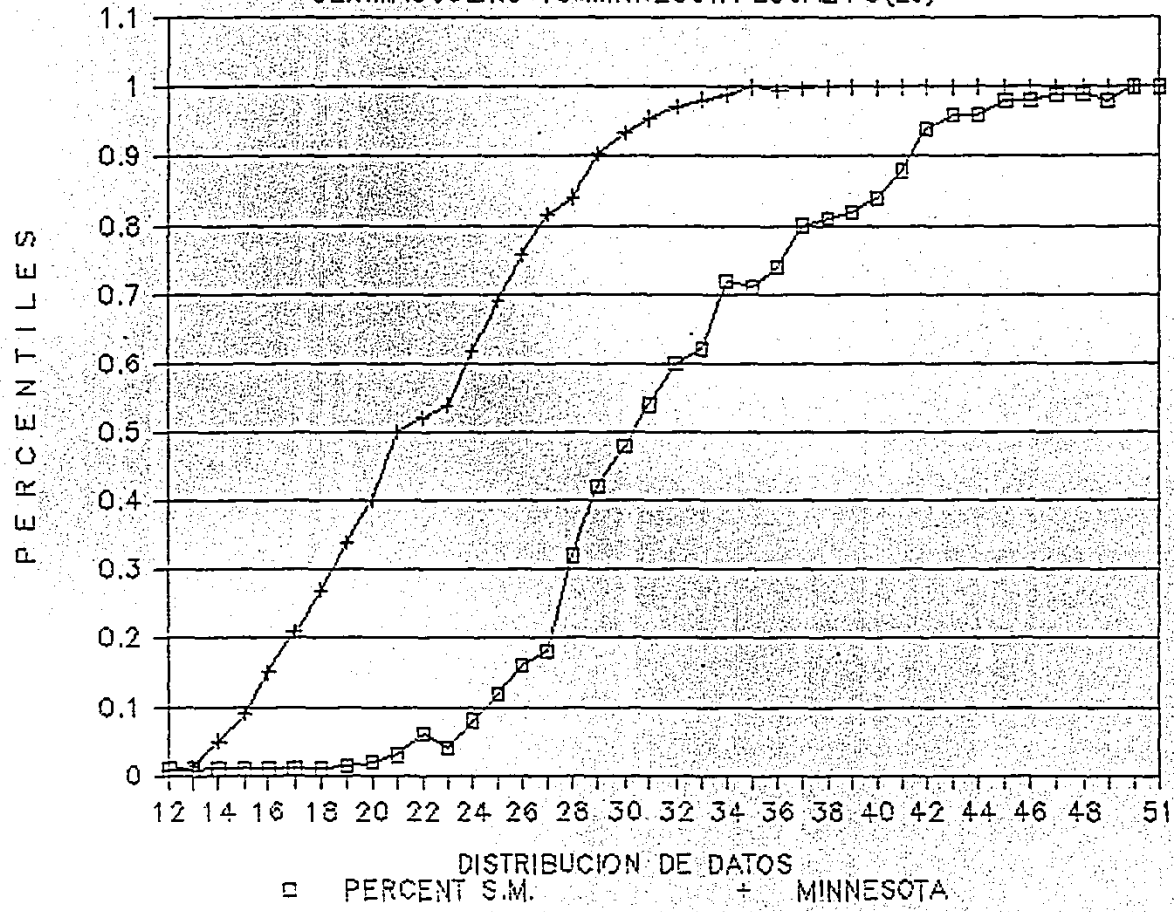
Xmed. = 29.2800

S = 5.3100

Dobs max > Dc .: Ho se rechaza

GRAFICA 1.2 ADOLESCENTES

SEX.MASCULINO Vs MINNESOTA ESCALA 8(E5)



ESTUDIO EN ADOLESCENTES DE LAS ESCALAS: 5(MT), 7(P1), 8(E5), Y 9(Ma) del M.H.N.T.I.

P

TABLA 1.3 ADOLESCENTES SEXO MASCULINO Vs. MINNESOTA

9 (Ma)	ESTUDIO ADOLESCENTES		M. M. P. I.			DIFE- RENCIA
	SEXO fi	MASCULINO Fi	PERCENTIL	Z	PERCENTIL	
11			0.000		0.0400	
12			0.008		0.1200	
13			0.009		0.1600	
14	1	1	0.020	-0.70	0.2420	0.2220
15			0.020		0.3000	
16	1	2	0.040	-0.20	0.4207	0.3807
17	1	3	0.060	0.00	0.5000	0.4400
18	3	6	0.120	0.30	0.6179	0.4979
19			0.120		0.6800	
20	1	7	0.140	0.80	0.7881	0.6481
21	3	10	0.200	1.00	0.8413	0.6413
22	3	13	0.260	1.30	0.9032	0.6432
23	1	14	0.280	1.50	0.9332	0.6532
24	3	17	0.340	1.80	0.9641	0.6241
25	10	27	0.540	2.00	0.9772	0.4372
26	3	30	0.600	2.30	0.9893	0.3893
27	5	35	0.700	2.50	0.9938	0.2938
28	6	41	0.820	2.80	0.9974	0.1774
29	6	47	0.940	3.10	1.0000	0.0600
30	1	48	0.960	3.30	1.0000	0.0400
31	1	49	0.980	3.60	1.0000	0.0200
32			0.980		1.0000	
33	1	50	1.000	4.10	1.0000	0.0000

Dobs max = 0.6532
 Dc = 0.2506
 Xmed. = 24.8800
 S = 4.0800

Dobs max > Dc. : Ho se rechaza

GRAFICA 1.3 ADOLESCENTES

SEX.MASCULINO Vs MINNESOTA ESCALA 9(Ma)

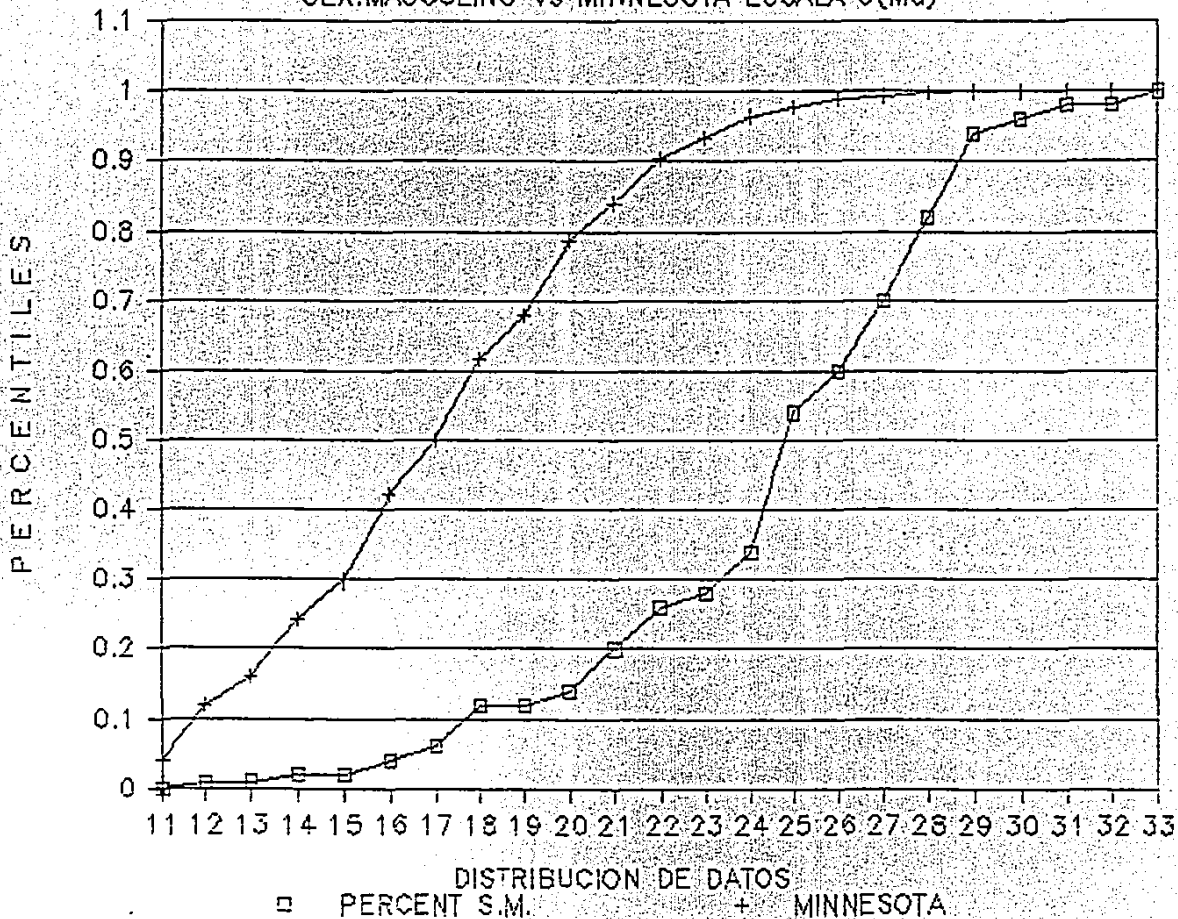


TABLA 1.4 ADOLESCENTES SEXO FEMENINO Vs. MINNESOTA

S (Mf)	ESTUDIO SEXO fi	ADOLESCENTES FEMENINO Fi	PERCENTIL	M. M. P. I. Z	PERCENTIL	DIFE- RENCIA
21	1	50	1.00	3.20	1.0000	0.0000
22			1.00		1.0000	
23			0.99		0.9900	
24			0.99		0.9900	
25			0.99		0.9900	
26	1	49	0.98	2.20	0.9861	0.0061
27	1	48	0.96	2.00	0.9772	0.0172
28	4	47	0.94	1.80	0.9641	0.0241
29	4	43	0.86	1.60	0.9452	0.0852
30	7	39	0.78	1.30	0.9032	0.1232
31	4	32	0.64	1.10	0.8643	0.2243
32	6	28	0.56	0.90	0.8159	0.2559
33			0.44		0.7500	
34	8	22	0.44	0.50	0.6915	0.2515
35	2	14	0.28	0.30	0.6179	0.3379
36	4	12	0.24	0.10	0.5398	-0.2998
37	2	8	0.16	-0.10	0.4602	-0.3002
38	4	6	0.12	-0.30	0.3821	-0.2621
39	2	2	0.04	-0.50	0.3085	-0.2685
40			0.03		0.2800	
41			0.02		0.1700	
42			0.02		0.1100	
43			0.02		0.0700	
44			0.02		0.0500	
45			0.00		0.0300	

Dobs max = 0.3379

Dc = 0.2788

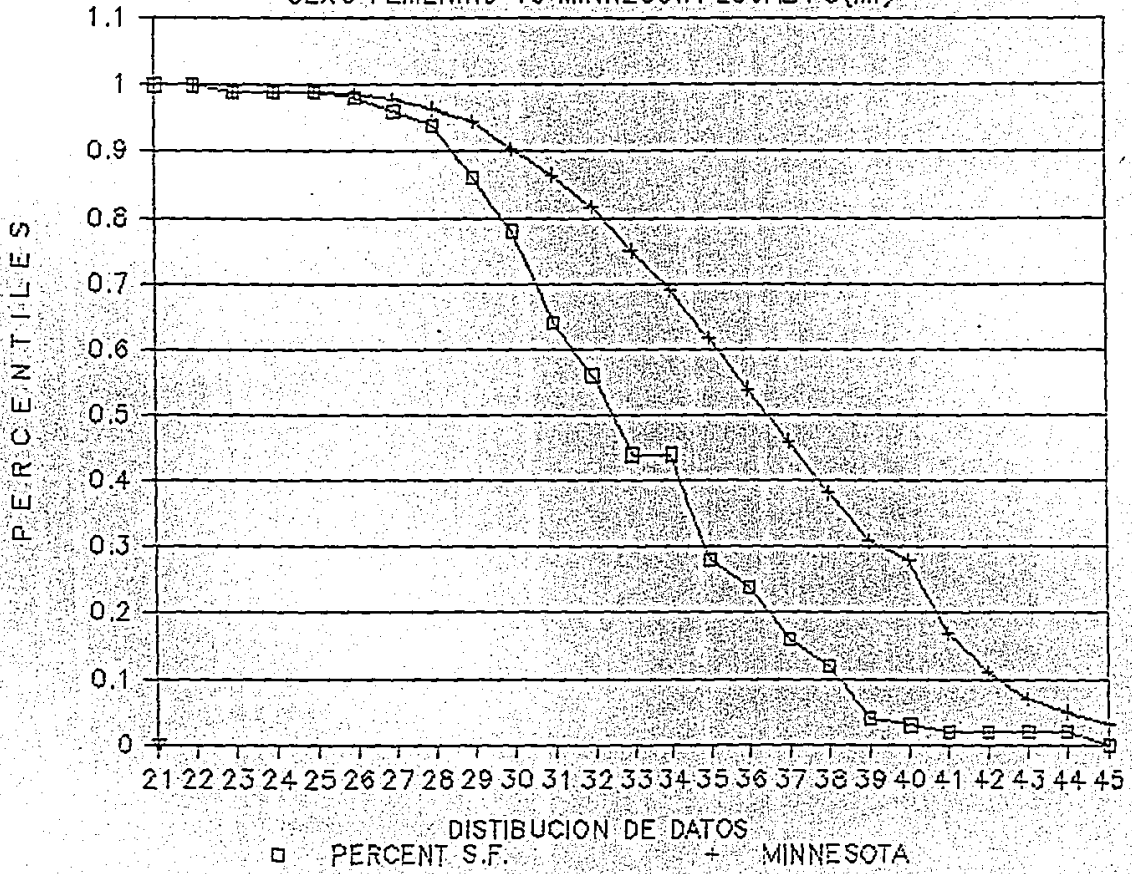
Xmed. = 32.3600

S = 3.8100

Dobs max < Dc .: Hi se rechaza

GRAFICA 1.4 ADOLESCENTES

SEXO FEMENINO Vs MINNESOTA ESCALA 5(Mf)



ESTUDIO EN ADOLESCENTES DE LAS ESCALAS: 5(Mf), 7(Pl), 8(Es), y 9(Na) del I.I.M.F.I.

P

TABLA 1.5 ADOLESCENTES SEXO FEMENINO Vs. MINNESOTA

7 (Pt)	ESTUDIO SEXO FEMENINO	ADOLESCENTES FEMENINO	PERCENTIL	M. M. P. I. Z	PERCENTIL	DIFERENCIA
12			0.01		0.0100	
13			0.01		0.0200	
14			0.01		0.0200	
15			0.01		0.0400	
16			0.01		0.0500	
17			0.01		0.0800	
18	1	1	0.02	-1.20	0.1151	0.0951
19	1	2	0.04	-1.00	0.1587	0.1187
20			0.03		0.1600	
21	2	4	0.08	-0.70	0.2420	0.1620
22	1	5	0.10	-0.50	0.3085	0.2085
23	2	7	0.14	-0.40	0.3446	0.2046
24			0.14		0.4000	
25	6	13	0.26	0.00	0.5000	0.2400
26	1	14	0.28	0.10	0.5398	0.2598
27	1	15	0.30	0.30	0.6179	0.3179
28	4	19	0.38	0.50	0.6915	0.3115
29	4	23	0.46	0.60	0.7257	0.2657
30	8	31	0.62	0.80	0.7881	-0.1681
31	3	34	0.68	1.00	0.8413	-0.1613
32	3	37	0.74	1.10	0.8643	-0.1243
33	3	40	0.80	1.30	0.9032	-0.1032
34	1	41	0.82	1.50	0.9332	-0.1132
35	3	44	0.88	1.60	0.9452	-0.0652
36	1	45	0.90	1.80	0.9641	-0.0641
37	1	46	0.92	1.90	0.9713	-0.0513
38			0.92		0.9800	
39			0.93		0.9800	
40	1	47	0.94	2.40	0.9918	-0.0518
41	1	48	0.96	2.60	0.9953	-0.0353
42	2	50	1.00	2.80	0.9974	0.0026

Dobs max = 0.3179

Dc = 0.2452

Xmed. = 29.6600

S = 5.5400

Dobs max < Dc .: Hi se rechaza

ESTA TESIS NO DEBE
SAUR. DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA 1.5 ADOLESCENTES

SEXO FEMENINO vs MINNESOTA ESCALA 7(Pt)

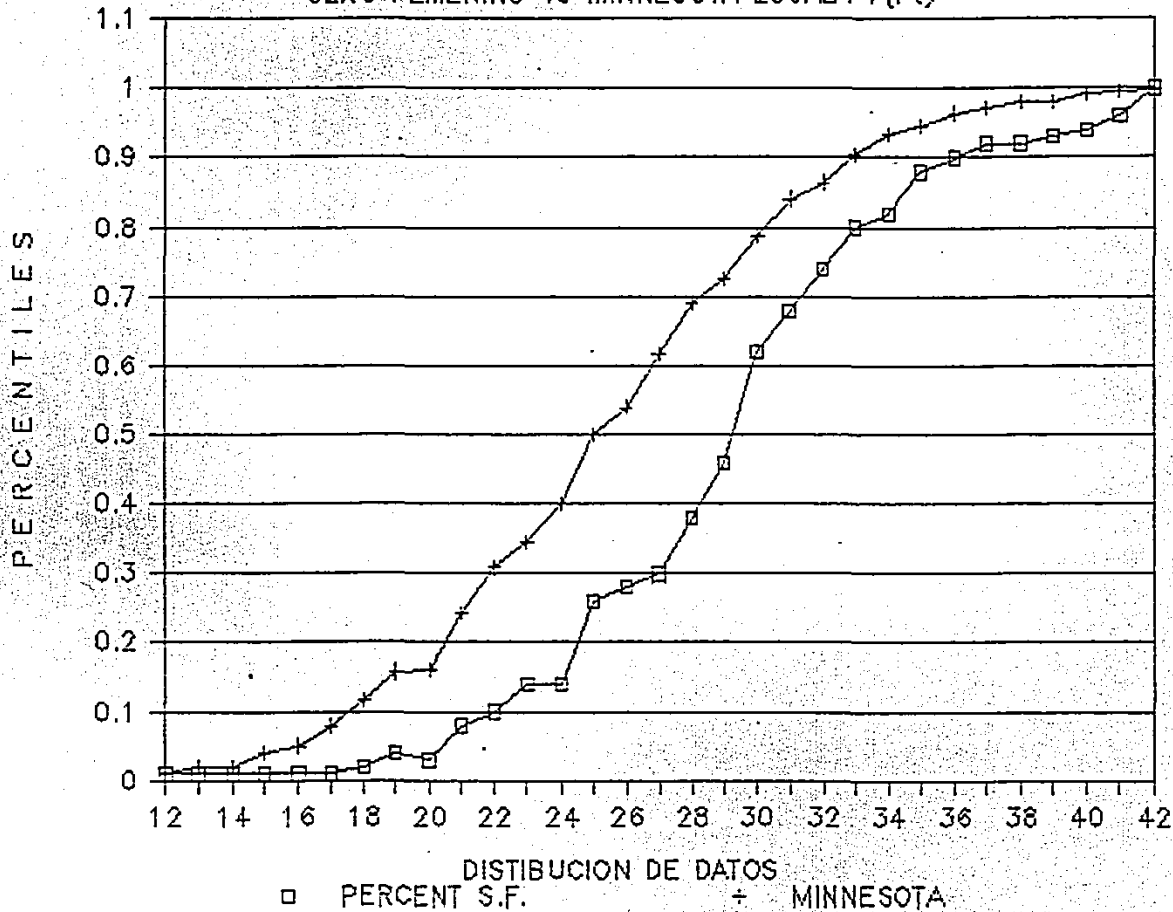


TABLA 1.6 ADOLESCENTES SEXO FEMENINO Vs. MINNESOTA

8 (Es)	ESTUDIO ADOLESCENTES SEXO FEMENINO		M. M. P. I.		DIFERENCIA
	fi	Fi PERCENTIL	Z	PERCENTIL	
9		0.000		0.0090	
10		0.007		0.0100	
11		0.008		0.0100	
12		0.009		0.0500	
13		0.009		0.0600	
14		0.009		0.0800	
15		0.010		0.1000	
16		0.010		0.1500	
17		0.020		0.1500	
18	1	1	-0.70	0.2420	0.2220
19		0.050		0.2600	
20		0.060		0.3400	
21	5	6	-0.30	0.3821	0.2621
22	1	7	-0.10	0.4602	0.3202
23	1	8	0.10	0.5398	0.3798
24	4	12	0.20	0.5798	0.3398
25		0.250		0.6500	
26	1	13	0.50	0.6915	0.4315
27	4	17	0.70	0.7580	0.4180
28	5	22	0.80	0.7881	0.3481
29	3	25	1.00	0.8413	0.3413
30	3	28	1.10	0.8643	0.3043
31	4	32	1.30	0.9032	-0.2632
32	1	33	1.40	0.9192	-0.2592
33	2	35	1.60	0.9452	-0.2452
34	2	37	1.70	0.9554	-0.2154
35	1	38	1.90	0.9713	-0.2113
36		0.770		0.9800	
37	1	39	2.20	0.9861	-0.2061
38	2	41	2.40	0.9918	-0.1718
39	2	43	2.50	0.9938	-0.1338
40	2	45	2.70	0.9965	-0.0965
41	3	48	2.80	0.9974	-0.0374
42	1	49	3.00	0.9987	-0.0187
43		0.980		1.0000	
44		0.980		1.0000	
45		0.980		1.0000	
46		1.000		1.0000	
47	1	50	3.70	1.0000	0.0000

Dobs max = 0.4315

Dc = 0.2454

Xmed. = 30.4600

S = 6.8300

Dobs max < Dc .: Hi se rechaza

GRAFICA 1.6 ADOLESCENTES

SEXO FEMENINO Vs MINNESOTA ESCALA 8 (Es)

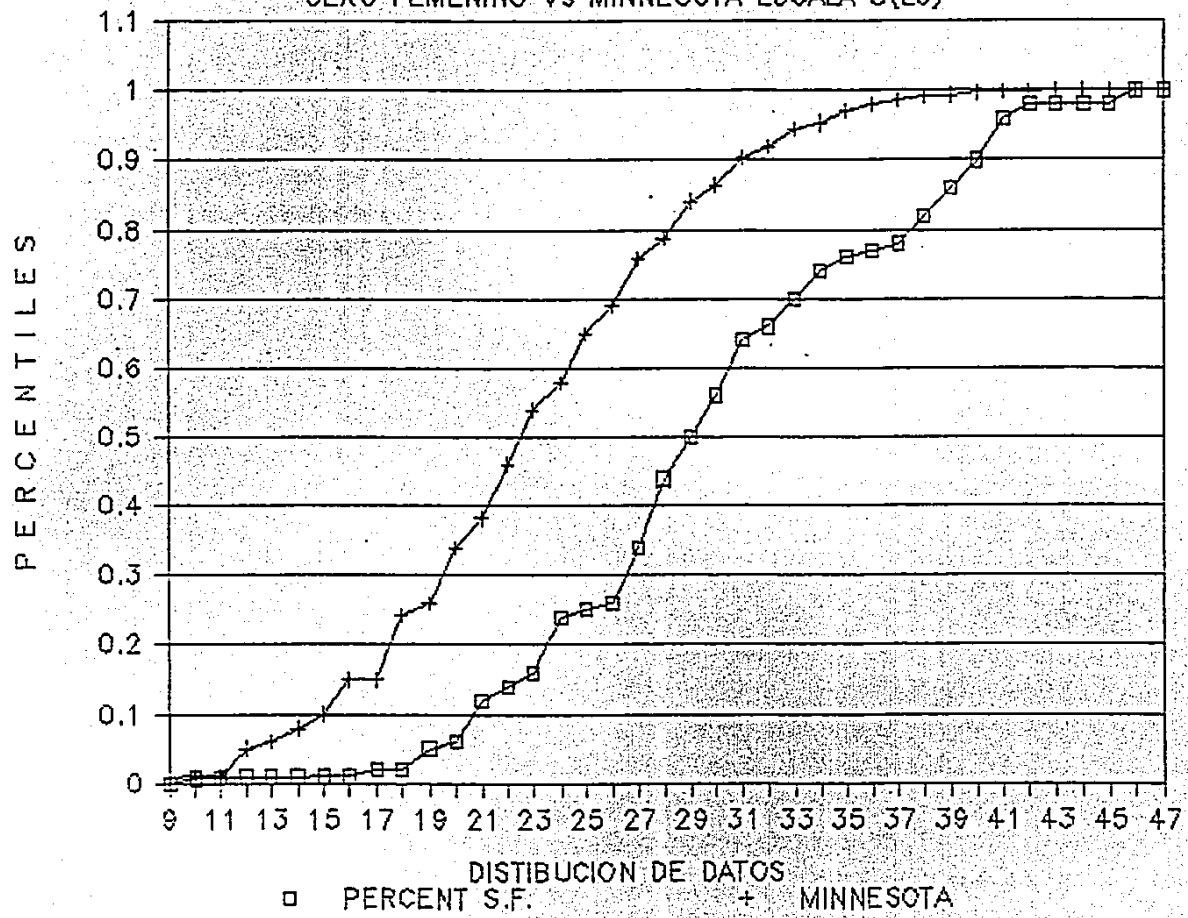


TABLA 1.7 ADOLESCENTES SEXO FEMENINO Vs. MINNESOTA

9 (Ma)	ESTUDIO ADOLESCENTES		M. M. P. I.		DIFE- RENCIA
	SEXO fi	FEMENINO Fi	PERCENTIL	Z	
9			0.02		0.0200
10			0.02		0.0400
11	1	1	0.02	-1.50	0.0668
12	1	2	0.04	-1.20	0.1151
13			0.03		0.1500
14			0.04		0.2400
15			0.05		0.3000
16	3	5	0.10	-0.20	0.4207
17	1	6	0.12	0.00	0.5000
18	3	9	0.18	0.30	0.6179
19	3	12	0.24	0.50	0.6915
20	3	15	0.30	0.80	0.7881
21	9	24	0.48	1.00	0.8413
22	4	28	0.56	1.30	0.9032
23	7	35	0.70	1.50	0.9332
24	3	38	0.76	7.80	0.9641
25	4	42	0.84	2.00	0.9772
26	3	45	0.90	2.30	0.9893
27	2	47	0.94	2.50	0.9938
28			0.94		0.9900
29	2	49	0.98	3.10	1.0000
30			1.00		1.0000
31	1	50	1.00	3.60	1.0000

Dobs max = 0.4881

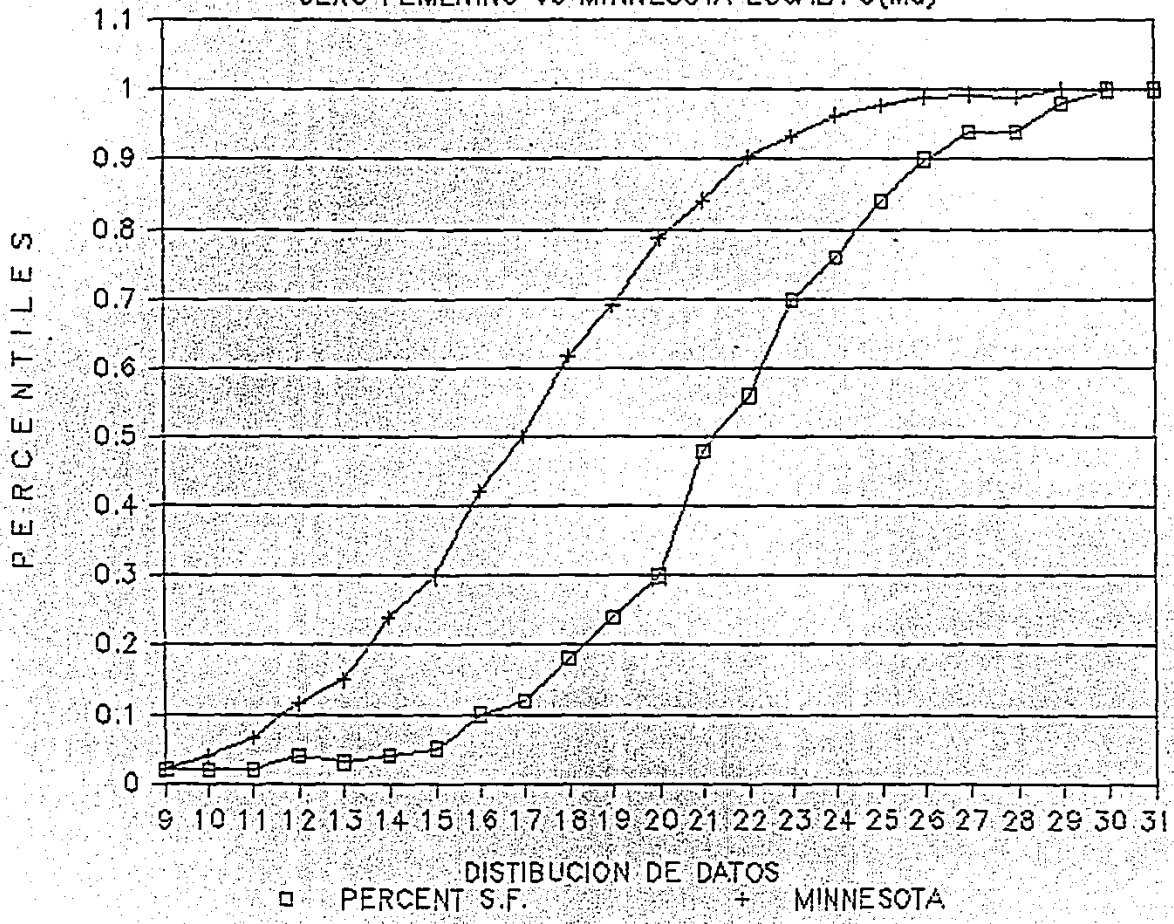
Dc = 0.2454

Xmed. = 21.8000

Dobs max < Dc ∴ Hi se rechaza

GRAFICA 1.7 ADOLESCENTES

SEXO FEMENINO Vs MINNESOTA ESCALA 9(Ma)



P

ESTUDIO EN ADOLESCENTES DE LAS ESCALAS: 5(MI), 7(PT), 8(ES), Y 9(MA) DEL M.M.P.-1.

TABLA 1.8 ADOLESCENTES SEXO MASCULINO Vs. FEMENINO

S (Mf)	HOMBRES		MUJERES		DIFERENCIA
	Z	PERCENTIL	Z	PERCENTIL	
11		0.0200	5.60	1.0000	0.9800
15		0.0400	4.50	1.0000	0.9600
17		0.0800	4.03	1.0000	0.9200
18		0.1200	3.70	1.0000	0.8800
19		0.2200	3.50	1.0000	0.7800
20		0.3000	3.20	1.0000	0.7000
21		0.4000		1.0000	0.6000
22		0.5200	2.70	1.0000	0.4800
23		0.6000	2.45	1.0000	0.4000
24		0.6600	2.19	1.0000	0.3400
25		0.8600	1.93	1.0000	-0.1400
26		0.9400		0.9800	-0.0400
27		0.9600		0.9600	0.0000
28		0.9800		0.9400	0.0400
29	1.9	0.9706		0.8600	0.1106
30		1.0000		0.7800	0.2200
31	2.4	0.9918		0.6400	0.3518
32	2.7	0.9965		0.5600	0.4365
34	3.3	1.0000		0.4400	0.5600
35	3.6	1.0000		0.2800	0.7200
36	3.9	1.0000		0.2400	0.7600
37	4.1	1.0000		0.1600	0.8400
38	4.4	1.0000		0.1200	0.8800
39	4.7	1.0000		0.0400	0.9600

Dobs max = 0.9800

Dc = 0.3260

Dobs max < Dc .: Hi se rechaza

GRAFICA 1.8 ADOLESCENTES

SEXO MASCULINO Vs FEMENINO ESCALA 5 (Mf)

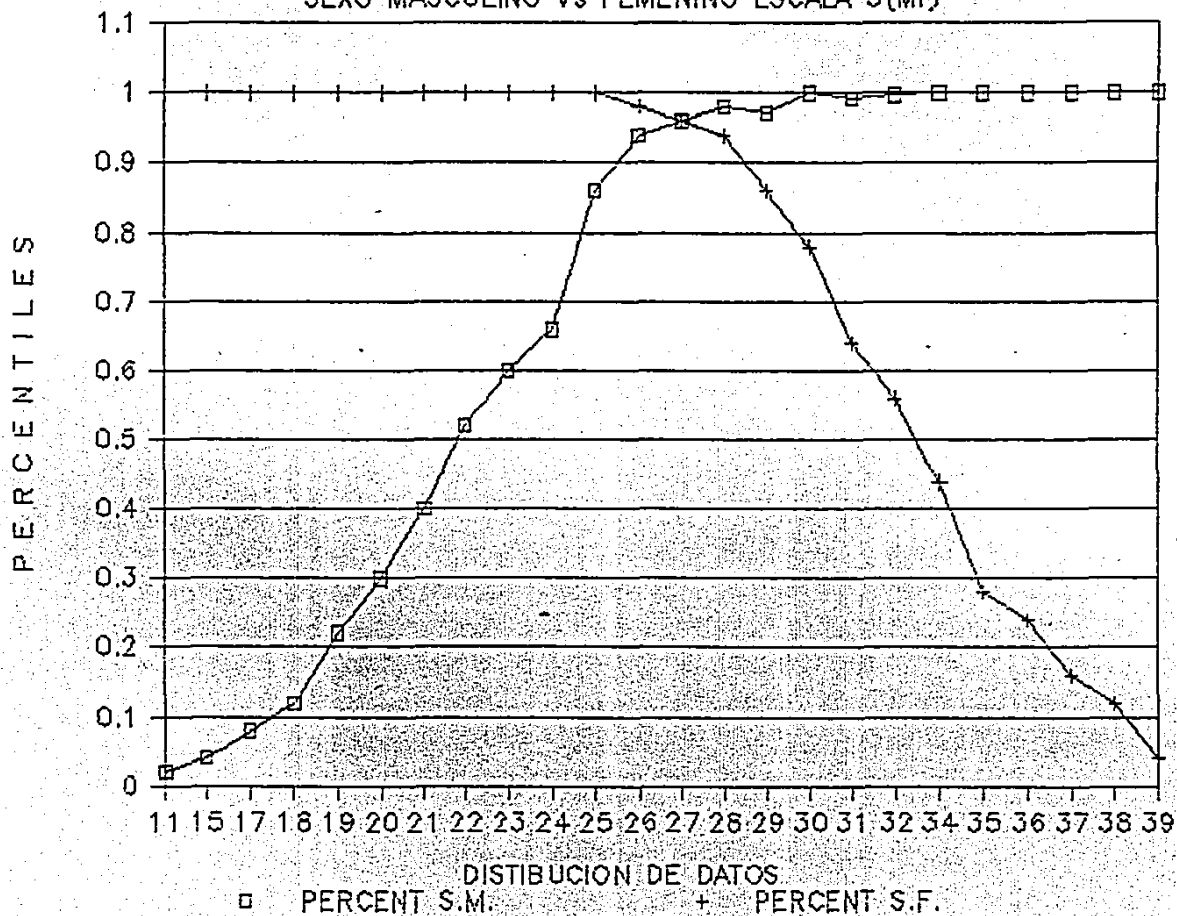


TABLA 1.8.1 COMPARACION MEDIAS HOMBRES Vs. MUJERES

HOMBRES	PUNTAJES		MUJERES	PUNTAJES	
5(Mf)	T	fi	5(Mf)	T	fi
11	18	1	21	80	1
15	29	1	26	67	1
17	35	2	27	64	1
18	38	2	28	61	4
19	41	5	29	59	4
20	44	4	30	56	7
21	47	5	31	54	4
22	49	6	32	51	6
23	52	4	34	46	8
24	55	3	35	43	2
25	58	10	36	40	4
26	61	4	37	38	2
27	64	1	38	35	4
28	66	1	39	33	2
29	69	0			
30	72	1			

Sum(Tfi)=2502
 Xmedh=50.04
 Sum(T2fi)=130154
 Sh=10.05

$$Z_c = \frac{(50.04 - 50.02)}{\text{RAIZ } 2 \left(\frac{10.05}{50} + \frac{10}{50} \right)}$$

Zc= 0.03158
 Alfa= 0.01
 Alfa/2= 0.005
 1-.005= 0.995
 Zt= +-2.575

Sum(Tfi)=2501
 Xmedm=50.02
 Sum(T2fi)=130007
 Sh=10

$$Z_c = \frac{0.02}{0.6332}$$

0.03158 < 2.575
 Se acepta Ho .: el comportamiento de
 Hombres y mujeres es igual en su escala

TABLA 1.9 ADOLLESCENTES SEXO MASCULINO Vs. FEMENINO

7. (Pt)	HOMBRES		MUJERES		DIFERENCIA
	Z	PERCENTIL	Z	PERCENTIL	
18	-2.12	0.0170		0.0200	0.0030
19	-1.93	0.0268		0.0400	0.0132
20		0.0600	-1.74	0.0490	-0.0110
21	-1.5	0.0668		0.0800	0.0132
22		0.1000		0.1000	0.0000
23		0.1800		0.1400	-0.0400
24		0.2000	-1.02	0.1539	-0.0461
25		0.2800		0.2600	-0.0200
26		0.3000		0.2800	-0.0200
27		0.3400		0.3000	-0.0400
28		0.4600		0.3800	-0.0800
29		0.4800		0.4600	-0.0200
30		0.5600		0.6200	0.0600
31		0.6000		0.6800	0.0800
32		0.8000		0.7400	-0.0600
33		0.8200		0.8000	-0.0200
34		0.8800		0.8200	-0.0600
35		0.9000		0.8800	-0.0200
36		0.9400		0.9000	-0.0400
37		0.9600		0.9200	-0.0400
40	2.1	0.9778		0.9400	-0.0378
41		0.9800		0.9600	-0.0200
42	2.3	0.9893		1.0000	0.0107
51		1.0000	3.80	1.0000	0.0000

Dobs max = 0.3260

Dc = 0.1600

Dobs max > Dc ∴ Ho se rechaza

GRAFICA 1.9 ADOLESCENTES

SEXO MASCULINO Vs FEMENINO ESCALA 7(Pt)

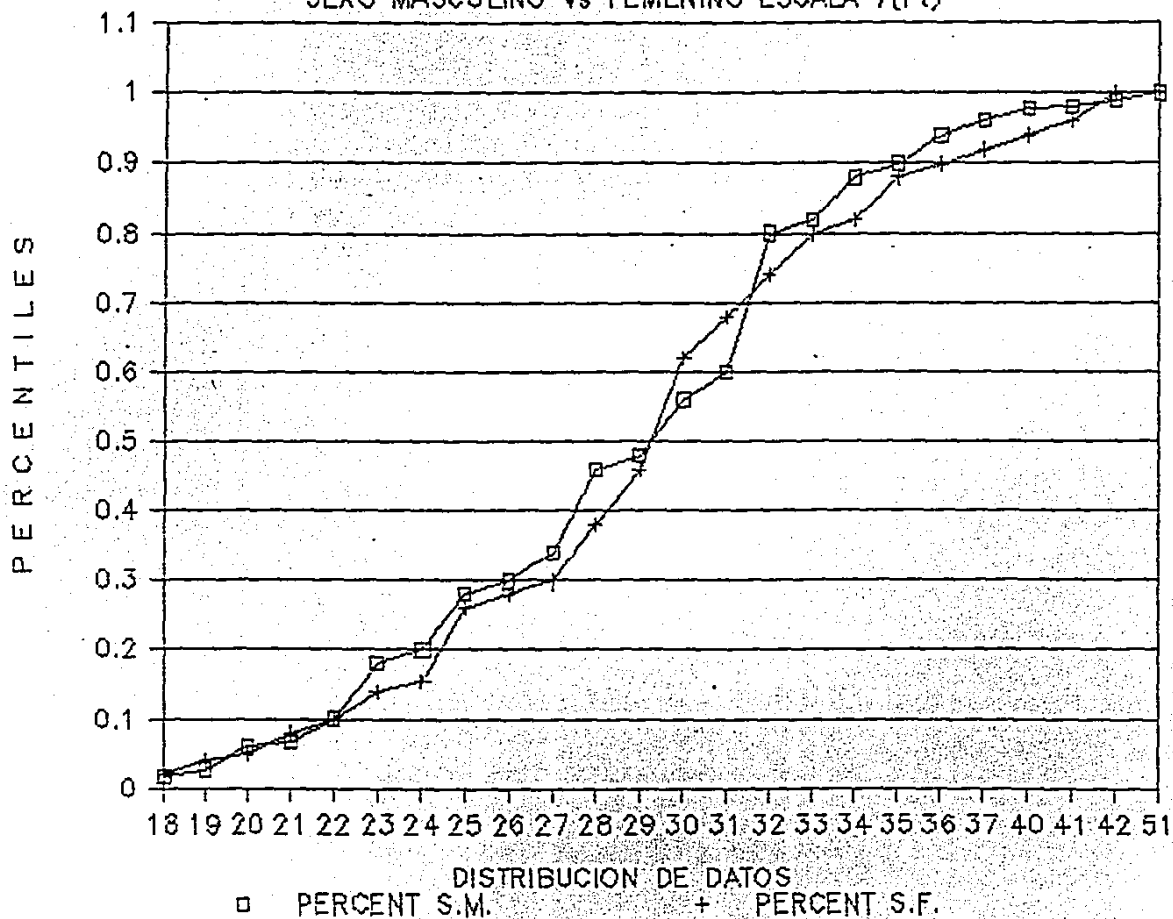


TABLA 1.10 ADOLESCENTES SEXO MASCULINO Vs. FEMENINO

B (Es)	HOMBRES		MUJERES		DIFE- RENCIA
	Z	PERCENTIL	Z	PERCENTIL	
18	-2.20	0.0139		0.0200	0.0061
21	-1.74	0.0381		0.1200	0.0819
22	-1.59	0.0394		0.1400	0.1006
23		0.0400		0.1600	0.1200
24		0.0800		0.2400	0.1600
25		0.1200	-0.79	0.2148	0.0948
26		0.1600		0.2600	0.1000
27		0.1800		0.3400	0.1600
28		0.3200		0.4400	0.1200
29		0.4200		0.5000	0.0800
30		0.4800		0.5600	0.0800
31		0.5400		0.6400	0.1000
32		0.6000		0.6600	0.0600
33		0.6200		0.7000	0.0800
34		0.7200		0.7400	0.0200
35	0.38	0.7300		0.7600	0.0300
36		0.7400	0.81	0.7910	0.0510
37		0.7692		0.7800	0.0108
38	0.84	0.7995		0.8200	0.0205
39	0.99	0.8389		0.8600	0.0211
40		0.8100		0.9000	0.0600
41		0.8800		0.9600	0.0800
42		0.9400		0.9800	0.0400
43		0.9600	1.80	0.9641	0.0041
47	2.20	0.9861		1.0000	0.0139
49		0.9800	2.70	0.9965	0.0165
51		1.0000	3.00	1.0000	0.0000

Dobs max = 0.1600

Dc = 0.3260

Dobs max > Dc ∴ Ho se rechaza

GRAFICA 1.10 ADOLESCENTES
SEXO MASCULINO Vs FEMENINO ESCALA 8 (Es)

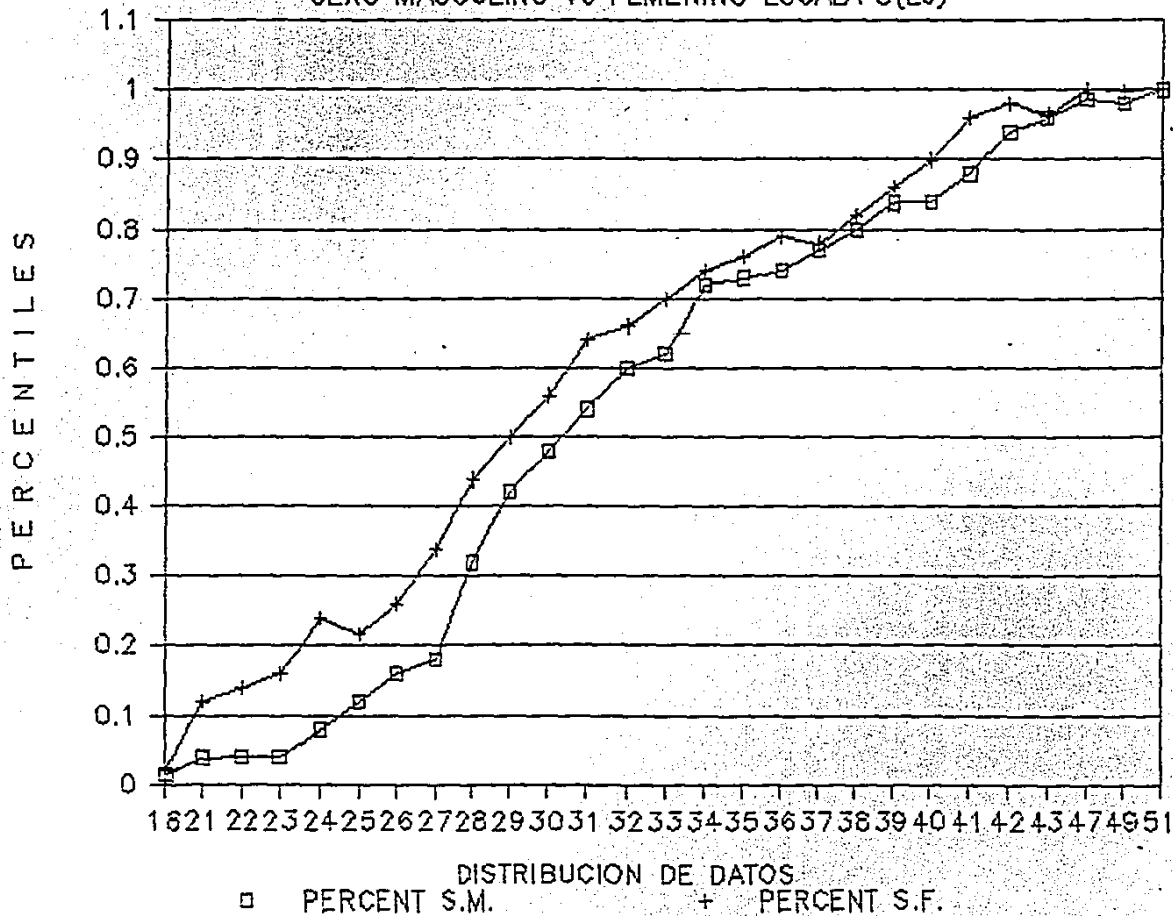


TABLA 1.11 ADOLESCENTES SEXO MASCULINO Vs. FEMENINO

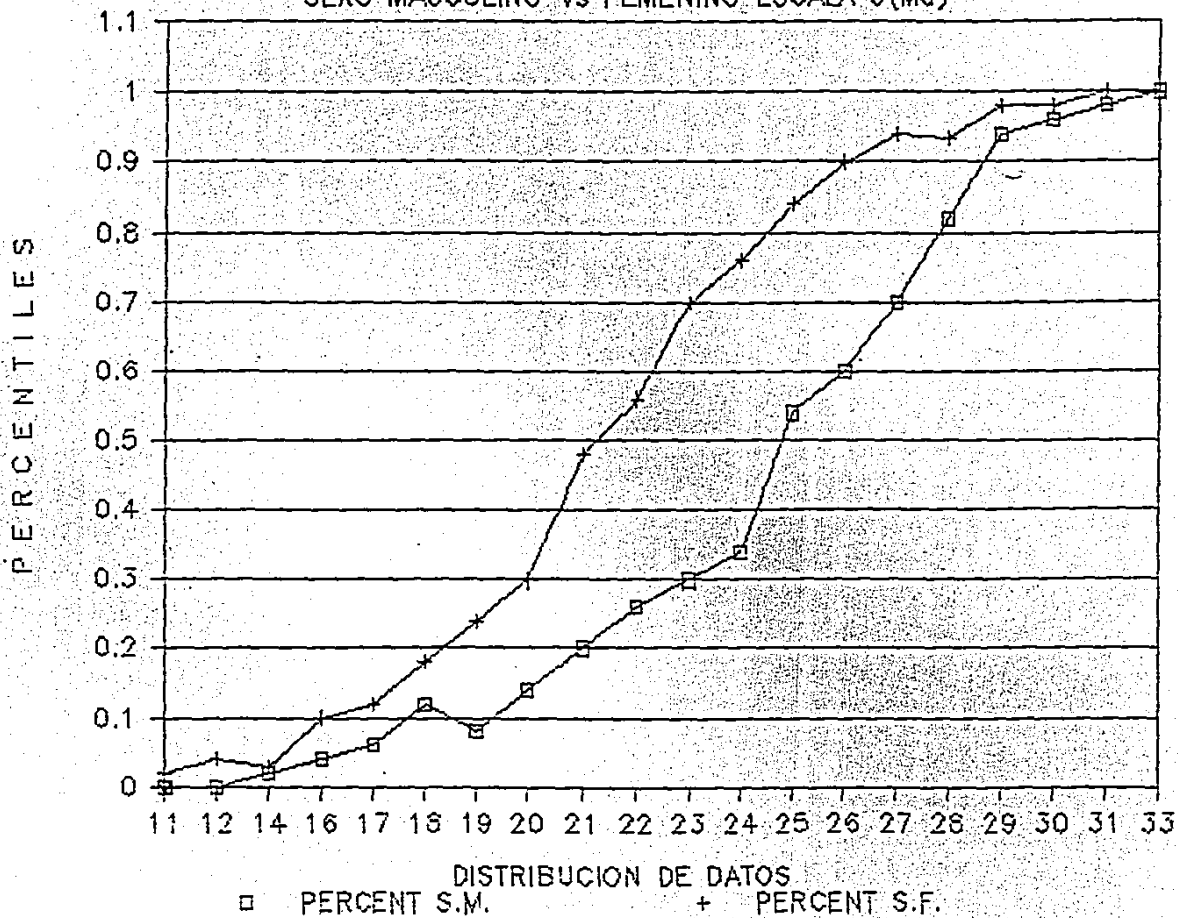
9 (Ma)	HOMBRES		MUJERES		DIFERENCIA
	Z	PERCENTIL	Z	PERCENTIL	
11	-3.4	0.0000		0.0200	0.0200
12	-3.1	0.0000		0.0400	0.0400
14		0.0200	-1.90	0.0287	0.0087
16		0.0400		0.1000	0.0600
17		0.0600		0.1200	0.0600
18		0.1200		0.1800	0.0600
19	-1.4	0.0808		0.2400	0.1592
20		0.1400		0.3000	0.1600
21		0.2000		0.4800	0.2800
22		0.2600		0.5600	0.3000
23	-0.46	0.3000		0.7000	0.4000
24		0.3400		0.7600	0.4200
25		0.5400		0.8400	0.3000
26		0.6000		0.9000	0.3000
27		0.7000		0.9400	0.2400
28		0.8200	1.50	0.9332	0.1132
29		0.9400		0.9800	0.0400
30		0.9600	2.06	0.9803	0.0203
31		0.9800		1.0000	0.0200
33		1.0000	2.81	0.9975	-0.0025

Dobs max = 0.3260

Dc = 0.1592

Dobs max > Dc .: Ho se rechaza

GRAFICA 1.11 ADOLESCENTES
SEXO MASCULINO Vs FEMENINO ESCALA 9(Ma)



TABLAS GENERALES DE VALIDEZ

TABLA 1.12 ADOLESCENTES SEXO MASCULINO Vs MINNESOTA

	5(Mf)	7(Pt)	8(Es)	9(Ma)
PERCENTIL VARNES	0.12	0.34	0.18	0.28
PERCENTIL MINNESOTA	0.3885	0.7881	0.8159	0.9332
DIFERENCIA MAXIMA	0.1885	0.4481	0.6359	0.6532
D. CALCULADA	0.249	0.2506	0.2506	0.2506
SE RECHAZA	Hi	Ho	Ho	Ho

TABLA 1.13 ADOLESCENTES SEXO FEMENINO Vs MINNESOTA

	5(Mf)	7(Pt)	8(Es)	9(Ma)
PERCENTIL VARNES	0.28	0.30	0.26	0.30
PERCENTIL MINNESOTA	0.6179	0.6179	0.6915	0.7881
DIFERENCIA MAXIMA	0.3379	0.3179	0.4315	0.4881
D. CALCULADA	0.2788	0.2452	0.2454	0.2454
SE RECHAZA	Ho	Ho	Ho	Ho

EXPLICACION DE LA ESCALA PROPUESTA

La escala que a continuación se presenta fue elaborada por medio de la fórmula para puntuaciones "T":

$$T = 50 + \frac{10(X_i - X_{med})}{S}$$

Donde X_i corresponde al puntaje natural que se obtuvo, X_{med} es la media de los puntajes obtenidos de la muestra y S la desviación Standar de la misma. Los números 50 y 10 son constantes.

Se realizó una escala para cada sexo aún y que los resultados que se obtuvieron afirmaban que la misma escala podía ser usada para ambos; por considerarse que es más confiable de esta manera.

Para la escala S(Mf) de mujeres, se invirtió la fórmula en $(X_i - X_{med})$ por $(X_{med} - X_i)$, por el hecho que es inversa a las demás.

Los resultados que se exponen en la tabla de la escala propuesta dan puntuaciones naturales muy altas lo que significa que sería "normal" encontrar este tipo de perfiles en adolescentes que cumplan con las características de la muestra de la presente investigación.

ESCALA PROPUESTA DADA POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACION

	5(Mf)		7(Pt)		8(Es)		9(Ma)		
	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	
20	82	44	33	33	35	31	45	38	20
21	80	47	34	34	36	33	48	40	21
22	77	49	36	36	38	34	51	43	22
23	75	52	38	38	39	36	53	45	23
24	72	55	40	40	40	37	56	48	24
25	69	58	42	42	42	39	58	50	25
26	67	61	43	44	43	40	61	53	26
27	64	64	45	46	45	42	63	55	27
28	61	66	47	48	46	43	66	58	28
29	59	69	49	49	48	45	68	60	29
30	56	72	51	51	49	46	71	63	30
31	54	75	52	53	51	48	73	65	31
32	51	78	54	55	52	49	76	67	32
33	48	81	56	57	54	50	78	70	33
34	46	84	58	59	55	52	81	72	34
35	43	86	60	61	57	54	83	75	35
36	40	89	61	63	58	55	86	77	36
37	38	92	63	65	60	57	88	80	37
38	35	95	65	66	61	58	91	82	38
39	33	98	67	68	63	60	93	85	39
40	30	101	69	70	64	61	96	87	40
41	27	104	70	72	65	63	98	90	41
42	25	106	72	74	67	64	100	92	42
43	22	109	74	76	68	66	103	94	43
44	19	112	76	78	70	68	106	97	44
45	17	115	78	80	71	69	108	99	45
46	14	118	79	81	73	71	101	101	46
47	12	121	81	83	74	72	113	104	47
48	9	123	83	85	76	74	116	107	48
49	6	126	85	87	77	75	118	109	49
50	4	129	87	89	79	77	121	112	50
51	1	132	89	90	80	78	123	114	51
52	0	143	90	93	82	80	126	116	52
53			92	95	83	81	128	119	53
54			94	97	84	83	131	121	54
55			96	98	86	84	133	124	55
56			98	100	87	86	136	126	56
57			99	102	89	87	138	129	57
58			101	104	90	89	141	131	58
59			103	106	92	90	143	134	59
60			105	108	93	92	146	136	60
61			107	110	95	93	148	139	61
62			108	112	96	95	151	141	62
63			110	114	98	96	154	143	63

CONCLUSIONES FINALES

Los resultados arrojados por esta investigación fueron interesantes de discutir y comentar. En general se puede decir que lo obtenido fué lo que se esperaba. Sin embargo hubo otros resultados que no se penso obtener.

En la escala 5 (Mf) los resultados fueron diferentes a los que se esperaban; la muestra de la investigación obtuvo con puntajes por encima de los establecidos por Hathaway; se proponia que estos puntajes serian más bajos por el pensamiento "machista" que anteriormente predominaba en nuestra cultura, sin embargo se puede suponer que los resultados fueron similares por el hecho de que los intereses, gustos y pensamientos de los varones se ha modificado. El gusto por las artes y la musica es cada vez mayor, el interes estético se ha acentuado por las modas e influencia de los diferentes medios de comunicación. Ahora el hombre puede exteriorizar sus sentimientos sin ser censurado como lo era anteriormente.

En esta misma escala los resultados que se obtuvieron en las juvenes adolescentes fueron también contrarias a lo propuesto, sus puntuaciones fueron superiores al hacer la comparación. Se considera que esto es debido también a los cambios culturales que se han dado, ahora la mujer desempeña un papel mas activo en su sociedad, mas independiente y competitiva en sus tareas.

Al hacer la comparación en los adolescentes de ambos sexos se vió que el comportamiento de ambos es similar en su escala correspondiente.

En la escala 7 (Pt) psicastenia, para ambos sexos se encontraron puntajes mas elevados siendo en las mujeres un poco mayor que en los hombres, pero estadísticamente no hay una diferencia significativa, esta diferencia es solo observable. Aquí se puede hacer énfasis en que nuestra cultura es de cierta forma una de las más ritualistas, se tienen creencias magicas y se rigen por ellas. Además recordar que la etapa de la adolescencia se caracteriza por excesivas dudas y temores diferentes debidos a los cambios a los que se tiene que enfrentar. Al buscar su identidad como lo afirma Sullivan se vuelven exigentes consigo mismos. Estas características son susceptibles a tomarse como un trastorno de la personalidad.

En la escala 8 (Es) esquizofrenia, es de las cuatro escalas de interes, la que arrojo los resultados más altos, tanto en hombres como en mujeres, siendo mayor en los primeros, mas no se puede decir que exista una diferencia significativa. Después de revisar el desarrollo de la personalidad del adolescente así como elementos importantes de este periodo es fácil comprender la causa de la significativa elevación en los puntajes de la muestra. La conducta apática negativista y el poco talento social son manifestaciones características de este periodo. Además de que por su misma conducta es difícil de que sean aceptados en grupos sociales. Otras preocupaciones se ponen de manifiesto, por ejemplo, la preocupación por aspectos sexuales. Se vuelven fantasiosos y

soñadoras. Si se analizan determinadamente las frases que conforman la escala 8 (Es) se encontrara que su contenido describe muchas de las inquietudes y problemas de la etapa de la adolescencia, algunos ejemplos serian: "no me gusta tener gente alrededor", "algunas veces me gusta herir a las personas que quiero", etc.

En la comparación entre hombres y mujeres, es probable que el hecho de que los hombres tengan mayor puntuación sea debida a lo que mencionan algunos estudiosos de la adolescencia respecto a que la mujer madura dos años antes aproximadamente que el hombre, mas en la actualidad esto puede ser cuestionable.

Por último en la escala 9 (Ma) hipomanía se vió que también los puntajes fueron muy altos en ambos sexos, observandose que los jóvenes presentan una mayor puntuación, esto enfatiza la afirmación de que las jóvenes tienden más a la depresión en este período. Los jóvenes en el bachillerato son entusiastas, activos, decididos, algunas veces agresivos sin pensar en las consecuencias. Características similares a las de maniaco-depresivo en su episodio maniaco.

Considerando pues lo anterior se puede ver la importancia de contar con un parametro especial para evaluar a los adolescentes, tomando en cuenta que la etapa de vida y la edad tienen una influencia enorme en su manera de responder.

El diagnóstico erroneamente a un adolescente como a un adulto o niño, trae grandes consecuencias, por ello deben de tomarse en cuenta las situaciones culturales, sociales, educativas y propias de la etapa de vida por la que atraviesan, para llegar a la evaluación de la personalidad.

Al final de esta investigación se propone un nuevo parametro para convertir las puntuaciones naturales en puntajes "T", especificando que solo es valido para aquellos sujetos que se ajusten a las características de la muestra de la investigación.

SUGERENCIAS PARA INVESTIGACIONES

Hacer investigaciones similares a diferentes edades, niveles sociales y grados de escolaridad. Comparar este estudio con otro igual realizado en adolescentes del área rural o de diferente estrato social.

Hacer una revisión del contenido de las frases de la prueba ya que la manera en que están redactadas se presta a algunas confusiones frecuentes en el momento de contestar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AMERICAN Psychological Association, "Nonevaluatne summaries of the world's literaturs in psichology and related diciplines", 1987 volumen 74 Nos 6 y 8, volumen 75 No. 10, 1988 volumen 75 Nos 1 y 4.
- CARNEIRO, Leño. "Adolescencia sus problemas y su educación". Ed. Hispano-Americana. México 1982.
- CASAS, Gonzalez Ma. Guadalupe. "Correlación entre las escalas desviación psicopática y depresiva del M.M.P.I. y la escala de depresión de Zug en delinquentes reincidentes". Tesis Profesional U.A.G. Guadalajara, Jal. 1987.
- CHAVEZ, Ezequiel A. Dr. H.C. "Ensayo de psicología de la adolescencia". Ed. Jus S.A. México 1966.
- COGER, John. "Adolescencia generación prisionada". Ed. Edigonvil, S.A. Guadalajara, Jal.
- CROW, Lester D. and Crow Alice. "Adolescent Development and Adjusment". Ed. Mc. Graw Hill. United States Of America 1965.
- DE MORAGAS, J. "Psicología del niño y del adolescente". Ed. Labor S.A. Barcelona Madrid 1970.
- DSM-III "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" American Psiquiatric Assosiation. Ed. Masson S.A. 1986.
- FLOWLER, D. Brooks. "Psicología de la adolescencia". Ed. Kapelusz. Argentina 1959.
- FREED M. Alfred y Otros. "Compendio de Psiquiatría" Ed. Salvat, 1983.
- GLEMN, Myers Blair and R. Stewart Jones. "Psychology of adolescence for teachers". Copyright the Macmillan company. United Stades of America.
- HATHAWAY, S.R. Dr. Y Mc. Kinley J.C. Dr. "Inventario multifásico de la personalidad (manual)". Ed. Manual Moderno. México 1981.
- ESTUDIO EN ADOLESCENTES DE LAS ESCALAS: 5(Mf), 7(Pt), 8(Es), y 9(Ma) del M.M.P.I.

JERSILD, Arthur T. "Psicología de la adolescencia". Ed. Aguilar. España 1972.

JOCQUES, Lorimier. "El adolescente proyecto vital". Ed. Marova S.L. Madrid 1971.

JOSSELYN, Irene M. "El adolescente y su mundo". Ed. Psique. Argentina.

KOLB C. Lawrance, "Psiquiatría clínica moderna" Ed. La Prensa Medica Mexicana S.A. 1983.

MERANI, Alberto C. "Diccionario de Psicología". ed. Grijalb. México.

MIRA, Emiliano y López. "Psicología evolutiva del niño y del adolescente". Ed. "El Ateneo" Argentina 1981.

MOSSON, P. Henry y otros. "Desarrollo de la Personalidad en el niño" Ed. Trillas. México 1973.

NUREZ, de R. Ma. del Carmen. "El adolescente y sus circunstancias". Investigación 1974.

NUREZ, Rafael. "Pruebas psicométricas de la personalidad manual práctico del M.M.P.I." Ed. Trillas 1987.

PAPALIA y Olds. "Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia". Ed. Mc. Graw Hill. México.

PAPALIA, Diane E. "Psicología del desarrollo". Ed. Mc. Graw Hill. México 1981.

SCHNEIDERS, Alexander A. "Los adolescentes y el reto de la madurez". Ed. "Salterrae". España 1969.

SOLOMON, Philip y Patch Vernond. "Manual de psiquiatría". Ed. El Manual Moderno. México 1976.

STEVE, Miller. "Diseño experimental y estadística". Ed. Continental S.A. México 1980.

STONE, L. Joseph and Church Joseph. "Childhood and Adolescence". Ed. Random House. New York 1957.

VACCARO, Jose Rosario. "Adolescencia mundo desconocido". Ed. Paulina. Bogota 1958.

ZAX M. y Cowen E.L. "Psicopatología". Ed. Interamericana, 1983.