

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS  
COLEGIO DE PSICOLOGIA**

**ESTUDIO PSICOLOGICO SOBRE EL INVENTARIO  
MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, DE MINNESOTA Y SU  
APLICACION A DOS GRUPOS DE PACIENTES PSIQUIATRICAS  
MEXICANAS**

**T E S I S**

590  
PSI

**QUE PRESENTA  
JOSEFA MENA FRANCO  
EN SU EXAMEN PROFESIONAL DE  
PSICOLOGA  
(NIVEL LICENCIATURA)**

**MEXICO, D. F.  
1965**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

2.5053.08

UNDM.47

1965

C.1



FILOSOFIA  
Y LETRAS

25053.08  
UNDM.47  
1965

M.-159208

Apr. 24

A mis hermanos:

Pablo y Evita,

con mi profundo  
y sincero afecto.



A mis padres por el

cariño y constancia con

que han ayudado a alcanzar

mis anhelos de progreso.

293

A mis tios y tias por

la comprensión que siem-

pre me han otorgado.

37064

Con mi sincero reconocimiento

Al Dr. Stark R. Hathaway y Sra.

por todas sus atenciones y enseñanzas.

Con gratitud a los Doctores:

Rafael Núñez,

Rogelio Díaz Guerrero,

por la dirección que hicieron po-

sible la realización del pre-

sente trabajo.

Al grupo Médico Psiquiátrico  
del Hospital José Sayago por  
la cooperación que me brindaron  
en la investigación presente.

Al Dr. Crisanto Sánchez  
con todo el aprecio que ha  
despertado en estos momen-  
tos evolutivos de mi vida.

## I N D I C E

SUMARIO.	PAGINAS
INTRODUCCION	6
CAPITULO I. HISTORIA Y TEORIA DEL MMPI.	9
a) Antecedentes	9
b) Contenido y formas del inventario	10
c) Grupo control original	11
d) Descripción de las escalas	12
1.- Validación	12
2.- Clínicas	14
e) Características del perfil	21
f) Codificaciones	22
g) Interpretaciones de las escalas de validación	24
h) Interpretación de las escalas clínicas por <u>co</u> dificación.	26
CAPITULO II. OBJETIVOS, METODOLOGIA Y SUJETOS.	28
a) Objetivos del estudio	28
b) Método de aplicación al grupo I	29
c) Método de aplicación al grupo II	33
d) Características de las pacientes del grupo I	34
e) Características de las pacientes del grupo II	36
CAPITULO III. ANALISIS DE RESULTADOS.	39
a) Primera Prueba del grupo I	39
b) Segunda Prueba del grupo I	47
c) Diferencias entre las dos aplicaciones.	49
d) Interpretaciones del grupo I	54
e) Resultados del grupo II	55
f) Interpretaciones del grupo II	66
CAPITULO IV. CASUISTICA DEL GRUPO I.	68

CAPITULO V. CONSIDERACIONES GENERALES.	82
CONCLUSIONES.	86
APENDICE.	88
BIBLIOGRAFIA.	92

## INTRODUCCION

Existe en la época actual un movimiento de comprensión y buen --  
trato para el enfermo mental. La tarea de rehabilitación se ha encargado a un  
gran número de profesionales, entre ellos se encuentra el Psicólogo, que trata--  
rán de encontrar los medios para que la ayuda sea lo más auténtica posible.

La tarea para el Psicólogo se obstaculiza pues desgraciadamente en  
México no contamos con las pruebas normalizadas necesarias para satisfacer la -  
demanda, por lo que debemos buscarlas en aquellos lugares que hace ya tiempo  
iniciaron el trabajo.

Usualmente los Psiquiatras envían sus enfermos al Psicólogo con la  
idea de obtener datos objetivos y confiables sobre sus personalidades, que les -  
sean de utilidad en sus juicios sobre diagnóstico, pronóstico o tratamiento; reco-  
nociendo en los datos los focos deteriorados y los que le servirán para reconstru-  
ir las personalidades de los enfermos. Por tanto, no bastará dar un dato diagnós-  
tico como resultado de una prueba, sino debe brindarse la formación concep--  
tual de los individuos que actúan como pacientes.

Todos sabemos que existe una gran variedad de pruebas que son usa-  
das cotidianamente por el Psicólogo Clínico; todas ellas brindan datos que le -  
sirven para dar cuadros descriptivos y diagnósticos de los pacientes; pero no --  
siempre lo satisfacen plenamente, pues queda la duda de haber interpretado - -

inadecuadamente el material obtenido de ellos, ya que en su mayoría es de tipo proyectivo; por lo tanto debe buscar instrumentos lo más objetivos posibles para destruir sus dudas.

Una de las pruebas de mayor confiabilidad clínica utilizada en los hospitales norteamericanos es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, formulado por Stark R. Hathaway y J.C. McKinley durante la tercera y cuarta década de este siglo.

Han habido desde esa época una cantidad infinita de investigaciones por parte de ellos y de sus discípulos en diferentes medios y poblaciones, lo que ha dado un inventario de la personalidad de gran validez clínica.

La prueba está formulada para contestarse con cierto o falso y para las preguntas oscuras, el sujeto puede contestarlas o dejarlas, (siempre que no pasen de cierto número). El total de las respuestas nos darán en su contenido la posibilidad de hacer un perfil descriptivo del paciente dentro de nueve escalas clínicas fundamentales y cuatro escalas de validación.

De investigaciones posteriores han surgido una gran variedad de escalas que intensifican la descripción de la personalidad en aspectos más específicos.

La ayuda que este inventario ha dado al Psicólogo Clínico norteamericano es inmensa, por el grado de validez y confiabilidad que tienen sus es

calas sobre la población psiquiátrica; es por ésto que usamos el MMPI en nuestro medio para medir el grado de utilidad que nos reporte en las descripciones de sus pacientes.

## CAPITULO I

### HISTORIA Y TEORIA DEL MMPI.

#### a) Antecedentes.

Los antecedentes de los inventarios se remontan al siglo pasado -- cuando Sir Francis Galton formuló el primer cuestionario de la personalidad para sus investigaciones sobre el mundo interno de las percepciones y sentimientos. Stanley Hall utilizó otro cuestionario en sus investigaciones sobre los adolescentes.

Durante la Primera Guerra Mundial fué formulado un inventario para la selección del ejército norteamericano bajo el nombre de "Woodworth personal data sheet", con él se pudo disminuir el número de entrevistas psiquiátricas individuales, haciéndose únicamente a aquellos que demostraban desajustes en la solución del inventario.

En los años de 1920 a 1945, los Psicólogos realizaron un sin fin de investigaciones introspectivas del individuo, ayudándose con los inventarios para la observación directa de la conducta humana. Los campos que tocaron en sus preguntas fueron variados, las formas que los cuantificaron, en muchas ocasiones, fué arbitraria y los procesos diferentes en cada investigación.

Desde 1930, los doctores Hathaway y McKinley comenzaron a reunir items de los diferentes cuestionarios para elaborar un nuevo inventario de -

la personalidad que fuese un instrumento tan objetivo que sirviera en la investigación y práctica clínica. Los primeros estudios realizados con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota aparecieron en 1940; pero fué hasta 1943 cuando la Editorial de la Universidad de Minnesota publicó el material y primer manual formal de la prueba.

La aparición de este inventario sucedió en una época de gran expansión en las investigaciones sobre psicología clínica, hasta 1954 se contaban 689 investigaciones sobre esta prueba y se calcula que surgen un promedio de 100 - más por año utilizando el MMPI como instrumento para obtener datos varios.

b) Contenido y formas del inventario.

El MMPI es un instrumento psicométrico diseñado para proporcionar, en una prueba simple, las anotaciones de las más importantes fases de la personalidad.

Consta de 550 ítems con temas referentes a 26 materias diferentes - como salud general, sensibilidad, fisiología, hábitos individuales, familiares o maritales, educación, ocupación, estados maníacos, depresivos, compulsivos u obsesivos, tendencias, delirios, alucinaciones, fobias, etc.

Existen dos formas de aplicación, una individual por tarjetas y otra colectiva por folleto. El inventario es útil de los 16 a los 55 años en ambos - sexos.

En las instrucciones se le pide al sujeto que conteste a la prueba en tres formas: falso, verdadero o indeciso (?). No se cuenta con tiempo límite, usualmente se necesitan de 30 a 90 minutos para la solución.

Cuando el sujeto ha terminado, sus respuestas son cuantificadas de acuerdo a cuatro escalas de validación y nueve escalas clínicas básicas, ellas son: duda (?), mentira o falsedad (L), validez (F), corrección (K), hipocondriasis (Hs), depresión (D), histeria (Hy), personalidad psicopática (Pd), intereses masculinos y femeninos (Mf), paranoia (Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc) e hipomanía (Ma).

Han surgido más de 200 nuevas escalas; pero solamente usaremos en este estudio las trece citadas, ya que en ellas se basaron las investigaciones de Hathaway y McKinley.

c) Grupo control original.

La muestra normativa original fué derivada de un muestreo de la población de Minnesota; 700 de los sujetos asistían, como visitantes, al hospital de la Universidad; otros 250 eran estudiantes de la propia Universidad, así como algunos trabajadores y enfermos epilépticos o tuberculosos que dieron resultados válidos. Este fué considerado el grupo " normal " y fué comparado con 800 pacientes de la división de neuropsiquiatría de la Universidad.

Se usó la forma individual en la aplicación de la prueba y se hicieron los retests en lapsos de tres días o más de un año.

El coeficiente de confiabilidad encontrado entre la prueba y el re test de los grupos normativos en sus diversas escalas varió de .57 a .83; pero investigaciones realizadas por otros han sido más constantes, con un promedio de .75.

d) Descripción de las escalas.

1.- Escalas de validación:

Puntaje de duda (?). Consiste en el número total de items que no son contestados. Los sujetos " normales " tienden a dejar menos de 10 preguntas sin respuesta; así cuando el número de omisiones es elevado en un inventario, se trata de una población psiquiátrica.

Puntaje falseado (L). Nos indica el grado en que el sujeto falsifica sus respuestas para ser mejor aceptado socialmente. Consiste en 15 items - cuyo contenido agresivo, de malos pensamientos, tentaciones, falta de control, constituyen faltas universales de tipo social, y serán significativas en la escala si son contestadas como falsas.

Se piensa que si el sujeto contesta de 4 a 7 respuestas falsas es nor mal, cuando son menos se trata de psicóticos y cuando son más, de neuróticos que tratan de aparentar más de lo que son, o bien son muy ingenuos o les falta poder de insight.

Puntaje de validez (F). Esta no es una escala de personalidad, -

pero es de utilidad para la validez de la prueba. Tiene 64 items que no fueron contestados por más del 10 % del grupo normativo; por ésto cuando la anotación es muy elevada nos están indicando alguno de éstos hechos; falta deliberada de cooperación al hacer la tarea, se contestó el azar o no fueron comprendidos los contenidos de las preguntas.

Un número mayor de 16 anotaciones en esta escala invalida la prueba pues está afectando a todas las otras, en tanto que apuntar 6 ó 7 nos indica que la prueba se ha resuelto pensando las formas más pertinentes.

El contenido de estos items se refieren a pensamientos o creencias populares, apatías, pérdida de interés en las cosas, falta de control en sus impulsos, relaciones familiares y experiencias infantiles, actitudes de indiferencia hacia la ley y poco interés religioso.

Puntaje de corrección (K). Es una escala compuesta de 30 items utilizados para intensificar el poder discriminativo de las variables clínicas; surgió de estudios posteriores a la normalización del MMPI, pero su importancia es notable ya que revela las dificultades y rasgos de aquellos pacientes que dan un perfil normal o anormal y no debieran hacerlo. Su función es rectificar las anotaciones para dar un perfil adecuado.

Una puntuación alta en esta escala representa las defensas existentes contra las debilidades psicológicas, lo que produce una distorsión en el perfil,

ya que debe aparecer anormal y no sucede así. Una nota baja indica que el su jeto es tan cándido y abierto a la crítica que acepta la sintomatología que se - le presenta, o bien, trata de dar una mala impresión de sí mismo, por lo que su perfil debe ser totalmente normal.

Se han establecido datos específicos para que el factor K actúe co mo supresor en cinco de las escalas clínicas rectificando sus errores, ellas son Hs, Pd, Pt, Sc, y Ma. En todas las investigaciones actuales se utiliza este supresor por su gran utilidad.

## 2.- Escalas clínicas:

Estas escalas fueron desarrolladas con la selección de ítems que ha cían discriminativo a un grupo psiquiátrico determinado en relación con un gru po "normal ". Para ésto se requirió la ayuda de los diagnósticos psiquiátricos de los hospitales y de personas adultas "normales" entre los 20 y 45 años. Se - consideraron "normales" ya que en el momento de prueba no se encontraban ba jo tratamiento médico, y aparentemente representaban un buen grupo de la po - blación de Minnesota.

Los nombres de las escalas se basan en la "Clasificación de Desór - denes Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana". Los seguidores de - este inventario usan para las escalas los números dígitos, pues así se facilita su manejo en las codificaciones.

Podemos decir que el MMPI fué diseñado para estimar y proporcionar los síntomas comunmente reconocibles en los enfermos psiquiátricos; pero - las escalas no miden una tendencia pura y sus anotaciones no representan la etiología o pronóstico de las enfermedades. Por lo tanto se deben buscar los síntomas para dictaminar el patrón diagnóstico.

Escala 1 ( Hs ). Esta primera escala fué modelada para medir las características principales de patrones neuróticos hipocondriacos. Se presenta en relación con muchos cuadros clínicos; pero en sujetos " normales " no sobrepasa el puntaje T promedio.

Consta de 33 items derivados de dos investigaciones preliminares - con un contenido obvio de quejas corporales cotidianas como adormecimientos, punzadas, cefaleas en diferentes zonas, etc.

Los sujetos con este patrón descargan sus conflictos emocionales - por vía somática, están constantemente preocupados por su salud, se quejan de dolores y desórdenes funcionales difíciles de identificar por su vaguedad, son - inmaduros en la resolución de sus problemas como adultos y frecuentemente no responden con un adecuado insight.

Dado lo esclarecido del contenido y que estos sujetos siempre han exagerado sus quejas somáticas para que se les vea con simpatía, esta escala necesita la ayuda de la de corrección ( factor K = .5 ) para evitar error.

Escala 2 ( D ). Fué desarrollada en un grupo de 50 pacientes con diagnóstico de psicosis maniaco depresiva, en fase depresiva, para medir el grado de profundidad del síntoma en patrones clínicos.

Los pacientes que formaban el grupo se caracterizaban por una moral empobrecida, sentimientos de inutilidad, veían el futuro pesimistas, con una marcada lentitud en su pensamiento y en su acción y en casos extremos había preocupación e intentos de suicidio, debido a una aguda autocrítica e insatisfacción de sí mismos.

La escala está constituida por 60 items cuyo contenido se basa en aspectos como la falta de interés en las cosas, en la apatía o rechazo a los impulsos, en la incapacidad de realizar un trabajo o de controlarse satisfactoriamente.

Escala 3 ( Hy ). Esta es una de las escalas clínicas más interesantes, surgió de la necesidad de obtener una ayuda en la identificación de las defensas conversivas histéricas. Usualmente se caracterizan por una serie de síntomas gástricos, intestinales, cardíacos, o por cualquier síndrome físico que le resuelva o evite el enfrentarse a sus conflictos emocionales.

De las investigaciones realizadas se obtuvieron 16 items que caen en dos categorías: unos a quejas somáticas, y que se correlacionan con la escala 1; por ejemplo: dolores de cabeza, mareos, temblores de extremidades, etc.,

y otros a ciertas facilidades sociales que se tienen para intentar negar o compensar la percepción de rechazo de los otros hacia uno, pareciendo como un sujeto muy bien socializado, y es en realidad una histeria muy sutil.

Estas tres primeras escalas se conocen como la "Triada Neurótica" y en la mayoría de los casos cuando una de ellas se encuentra muy elevada, las otras dos le siguen en anotación.

Escala 4 ( Pd ). Fué desarrollada en base a un grupo caracterizado por tener patrones delincuenciales de robo, mentira, promiscuidad sexual, alcoholismo, falsificación; pero sin llegar a antecedentes criminales. Estaba formado por jóvenes entre los 16 y 25 años enviados por las autoridades policia\_ cas para su estudio por estar en constante conflicto familiar y social, debido a la marcada falta de emotividad, a su inhabilidad para utilizar sus experiencias anteriores y al enorme desprecio a las normas sociales.

La escala mide las características de estas personalidades psicopáticas amorales o asociales, y las identifica en los periodos de excitación o depresión después de sus desviaciones. Usualmente se correlaciona con las escalas 6, 8 y 9.

El contenido de los 50 items que la constituyen reflejan el desajuste social, familiar y los estados emocionales subsecuentes como la depresión, ausencia de experiencias placenteras, tendencias paranoides, etc.

Dada la posibilidad de afectar esta escala con una actitud determinada en el momento de prueba, se requiere del factor K ( .4 de su valor ) para usarlo como supresor de error.

Escala 5 ( Mf ). El objeto de la escala es medir la tendencia existente hacia los intereses masculinos o femeninos; un incremento en la anotación indica una desviación de ellos al sexo contrario.

Surgió de la comparación de grupos femeninos y masculinos "normales" en sus intereses con otros homosexuales de ambos sexos, cuyas manifestaciones se expresaban en los valores, actitudes y relaciones sexuales.

Los primeros ítems de la escala se basaron en los estudios de intereses de Terman Miles y 37 son producto de la investigación de Hathaway y McKinley. El total de cuestiones es 60 y su contenido es heterogéneo, extendiéndose sobre diferentes intereses: trabajo, pasatiempos, actividades sociales, preferencias religiosas, relaciones familiares, temores, preocupaciones, sensibilidad emocional y asuntos sexuales.

Cuando las anotaciones en esta escala son muy elevadas en sujetos masculinos, denotan una serie de intereses sutilmente femeninos, tales como el tener inclinaciones estéticas, sensitivas e idealistas; son pasivos y dependientes y bajo ciertas confirmaciones, se pueden identificar en grupos de manifestación homosexual. Cuando la anotación alta pertenece a una mujer, se indica

que sus intereses son mecánicos, científicos, con actividades físicamente fuertes semejantes a las masculinas.

Escala 6 ( Pa ). La escala se ha considerado como un estudio preliminar, no obstante que sus 40 ítems han sido obtenidos de la comparación con un grupo de pacientes clínicos descritos como suspicaces, hipersensitivos, con ideas de persecución o de grandiosidad; y cuyo diagnóstico era de sujetos paranoicos o de esquizofrenias paranoicos.

El contenido de las preguntas se basa en las evasiones o defensas que presentan estos pacientes, hasta llegar a unos de grado psicótico como son las peculiaridades mentales, delusiones por presiones externas. Algunas de ellas son contestadas en forma inusual, ya que estos sujetos, en ciertas ocasiones, parecen ser totalmente normales por su poder defensivo.

Escala 7 ( Pt ). La escala fué derivada de la comparación entre un pequeño grupo de veinte pacientes diagnosticados con psicastenia en el hospital de la Universidad de Minnesota y un grupo "normal". Las principales características del grupo enfermo eran sus pensamientos obsesivos, su conducta compulsiva, los temores anormales hacia ciertos objetos, la dificultad al concentrarse y su excesiva vacilación para hacer decisiones.

Los ítems obtenidos se correlacionaron entre sí y se aplicó a otros grupos "normales" y de pacientes elegidos al azar. De esta segunda investigación surgió la escala como se conoce; consta de 48 ítems cuyo contenido estriba

en la inclusión de obsesiones, compulsiones, fobias, rituales, ansiedades, dudas y falta de confianza en sí mismo.

La escala 7 únicamente se correlaciona con la 8; pero usualmente - cuando ella es muy elevada, la triada neurótica también lo es. Tanto la escala 7 como la 8 se correlacionan negativamente con la escala de corrección, sugiriendo que una persona obsesiva compulsiva o esquizofrénica tiende a oponerse al auto-engaño o a las actitudes defensivas.

Escala 8 (Sc). Es una escala que ha sufrido muchas modificaciones por la gran diversidad de criterio que existen sobre la esquizofrenia. La escala que usamos es la más evolucionada y se complementa con la anotación obtenida en la corrección del factor K.

Esta escala mide la similitud de las respuestas que dan los sujetos - con aquellas que caracterizan a los pacientes, como es la conducta bizarra o los pensamientos inusuales. Los clínicos deben tener mucho cuidado al diagnosticar esquizofrenia aún cuando la anotación sea significativa, pues existen algunos sujetos que siendo normales dan anotaciones elevadas.

Por el número de ítems (78), se considera que ésta es la mayor - de las escalas y en su contenido encontramos menciones de conducta bizarra, - peculiaridades en percepción, sentimientos persecutorios, falta de intereses profundos, etc.

Escala 9 ( Ma ). La escala fué derivada de un pequeño grupo de 24 pacientes, debido a la dificultad existente para diferenciar estados hipomaniacos en el diagnóstico psiquiátrico con aquellos sujetos "normales" cuya conducta es vigorosa, ambiciosa y plena de energía.

El grupo estaba en la fase maníaca de psicosis maniaco depresiva, pero no muy exagerada, porque aquellas pruebas se invalidaron por falta de --insight ( F ).

Las características de los pacientes se daban en su excitación emocional, su sobreactividad y su fuga de ideas; aparentaban una gran energía y entusiasmo, pero sin causa aparente sufrían cambios cayendo a estados melancólicos.

La escala mide aquellos factores de hiperactividad en acción y pensamiento. Una anotación mayor de 70 T es significativa; usualmente se correlaciona en forma negativa con la escala 2, aunque algunos pacientes psiquiátricos tienen elevadas ambas escalas.

Por medio de su contenido se notan los rasgos de hipomania, de grandiosidad, excitación y nivel de actuación.

e) Características del perfil.

Una vez que se ha calificado el protocolo , se anotarán las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas, sobre las líneas correspondientes

en la hoja del perfil, teniendo en cuenta el sexo del sujeto.

Existe una gran variedad de perfiles, cada uno de ellos describe - cuadros sintomáticos que permiten interpretaciones de valor clínico.

Algunos ejemplos son los perfiles sumergidos, cuyas puntuaciones - en las escalas no sobrepasan las líneas promedio; las investigaciones actuales se interesan en la descripción de perfiles con anotaciones bajas en relación con - el grupo "normal ". Perfiles límite, en los que las anotaciones caen sobre las dos sigmas del grupo ( 60 - 70 nota T ) y cuyo significado está determinado por la acción correctora del factor K.

Otros son los perfiles en los que la mayoría de las escalas están -- dentro de un nivel y una o dos escalas se eleva en su puntuación; cuando las escalas 1, 2 y 3 son las elevadas se denomina "perfil neurótico y si el caso se presenta en tétroda 6, 7, 8 y 9 es un perfil "psicótico".

#### f) Codificación.

Para la codificación de los perfiles hay varios procesos; nosotros usa remos el originado por Hathaway en la estandarización de sus escalas, resumién dolas en los siguientes puntos:

1. Obtener el valor en nota T de cada escala clínica, omitiendo la de intereses masculinos y femeninos (5).
2. Anotar en primer lugar aquella escala que tenga el valor más alto.

3. Seguir en orden descendente con todas las escalas cuya puntuación sea mayor a una anotación de 54.
4. Insertar la prima (') después de aquel dígito que marque una puntuación mayor de 70; si no la hubiera, se colocará antes del dígito mayor de 54.
5. Subrayar aquellos dígitos cuya diferencia en sus notas T sean cero o un punto.
6. Anotar un guión.
7. Anotar el dígito de aquella o aquellas escalas de valor inferior a una anotación de 46.
8. Subrayar aquellos dígitos de valor inferior, cuya diferencia sea de uno o cero.
9. A una distancia relativa, colóquense los valores originales de las escalas de validación en orden de L, F y K respectivamente.
10. Anotar una X antes de estos valores si el puntaje de L es mayor de 10 o el valor de F mayor de 16.

Una vez que se ha logrado obtener la codificación del perfil, se puede realizar su interpretación, pero antes de hacerlo el clínico debe recordar que si bien las escalas fueron obtenidas de investigaciones comparadas entre grupos de pacientes psiquiátricos y sujetos "normales", no se puede indicar que el

perfil del MMPI tiene un significado gráfico de la evolución de los síntomas, si no deben ser evaluadas en términos del sujeto mismo, del posible significado — que los síntomas tienen para él, de acuerdo a su pronóstico y su nivel cultural.

El mismo sujeto puede variar su propio perfil de un momento a otro, ya que las fuerzas internas o presiones externas le impiden permanecer estática; así un sujeto puede obtener anotaciones elevadas en escala 2 y en el transcurso de horas o días subirse en otra escala y bajar en la 2.

g) Interpretaciones de escalas de validación.

Para la interpretación de las codificaciones se debe tener en consideración la relación existente entre las escalas del inventario. Analizando los puntos de mayor puntuación se interpretarán de acuerdo a un patrón formado por los dígitos mayores a un puntaje T de 70.

Las escalas de validación L, F y K se analizan en forma indepen--diente para darle un valor al protocolo.

La interpretación de L se basa en que la escala es sensible a las tendencias de cubrir o negar ciertas faltas personales que son psicológicamente obvias, pero socialmente constituyen una falta. Los sujetos normales tienden a — dar un puntaje original de 4, cuando la puntuación es inferior a ella, se debe a que son independientes de los patrones sociales, confiados de sí y responden en ocasiones en forma sarcástica o cínica; si el caso es contrario y la puntuación

alta, parece existir inseguridad y pasividad, tensión, rigidez y falta de insight.

Para los pacientes psiquiátricos es preferible obtener niveles altos en la escala L, aún cuando son indicadores, en ciertas ocasiones, de la limitada posibilidad de adaptación a las presiones externas.

El promedio de puntajes originales obtenido por sujetos "normales" en la escala F es de 3; cuando existe un incremento en ellas se reflejan importantísimas características atípicas de la personalidad del sujeto en estudio.

Las causas que frecuentemente obligan a dar este incremento son la falta de comprensión de los items o la falta de cooperación para realizar la tarea, o bien querer aparentar una enfermedad que no existe.

Los rasgos descriptivos de sujetos que dan niveles bajos en esta escala son la modestia, sinceridad, calma y honestidad; por el contrario los sujetos con niveles altos son percibidos como muy complejos, inquietos, curiosos e irritables. Una pequeña elevación ( 4 a 10 ) se presenta en pacientes neuróticos y en psicóticos sin mucho deterioro. Los que están en condiciones severas dan puntajes de 11 a 16; las anotaciones más altas se presentan en pacientes -- claramente psicóticos cuyas capacidades intelectuales son defectuosas o tienen limitaciones sensoriales severas.

Las investigaciones en la escala K se hicieron para clasificar los perfiles límite. Cuando un sujeto responde de 8 a 15 items manifiesta que se -

siente satisfecho de sí mismo y conforme de su actuación; si el puntaje original fluctúa entre los 0 y 8 se considera que existen disturbios emocionales moderados, usualmente porque provienen de status socioeconómicos bajos o porque sus defensas son inapropiadas.

Existen patrones generales para detectar interpretaciones de estas escalas de validación, por ejemplo:

a. Al puntaje alto en una sola escala y dos escalas más cercanas a la media; si la elevación es en L, hay un intento de aparecer socialmente aceptable, perteneciéndose a un nivel socioeconómico y cultural bajos. Si la elevación es en F, lo produjo un agudo desorden emocional y si ocurre en K es debido a un medio socioeconómico y cultural superior.

b. Cuando la escala F está muy elevada y las otras dos están arriba de la media, se debe pensar que la solución del inventario se hizo al azar.

c. Si las escalas L y K están muy elevadas, con F en o por abajo de la media, se trata de pacientes muy defensivos, usualmente en neuróticos - histeroides o hipocondríacos.

d. Las tres escalas se presentan muy elevadas únicamente cuando se responde a todos los items como si fueran falsos.

h) Interpretación de las escalas clínicas por codificación.

Analizando las escalas clínicas para encontrar interpretaciones de

las características de la personalidad, se buscaron las combinaciones logradas - con mayor frecuencia, ya que ningún sujeto actúa en focos principales únicos, sino en constante interrelación de funciones.

Cuando se intentaron dar las descripciones de la personalidad de - los sujetos en las investigaciones de Minnesota, se resumieron aquellos rasgos - que presentaban la mayoría de la población, surgiendo codificaciones en cada una de las escalas clínicas del inventario multifásico, difiriendo únicamente -- cuando la anotación era muy elevada o muy baja, o sea arriba del puntaje T 70 o más bajo al puntaje T 46.

Recordando el punto anterior en el que se establece que los sujetos actúan en interrelación de funciones, los investigadores mencionados observaron que las codificaciones presentaban dos o más escalas por arriba del puntaje T 70, además una mayoría de los sujetos caían en pares de escalas similares, por tanto se sintetizaron los rasgos que los caracterizaban y se crearon patrones por cada codificación.

La variedad de patrones es amplia y las investigaciones que se han efectuado los hacen ser cada vez más precisos en los rasgos que describen.

## CAPITULO II

OBJETIVOS, METODOLOGIA Y SUJETOS.

## a) Objetivos del estudio.

El principal objetivo que se planteó al aplicar el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota a enfermas mentales mexicanas establecía la posibilidad de utilizar los datos obtenidos en las pacientes norteamericanas en comparación con pacientes mexicanas.

El problema inicial que surgió fué dado por la diferencia en el nivel sociocultural de los dos grupos; no obstante se investiga el grado de utilidad de esta prueba en México, ya que en otros países sus escalas son de gran confiabilidad a pesar de tales diferencias.

Partiendo de esta base, se intenta encontrar la semejanza en las descripciones de cada paciente dadas por los médicos psiquiatras de la institución y la descripción obtenida por la codificación e interpretación del perfil.

El MMPI fué aplicado en el Hospital Campestre "José Sayago", - institución de puertas abiertas dependiente del Departamento de Neurología y Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Este hospital tiene una capacidad de 600 pacientes; las primeras - trescientas fueron seleccionadas tratándo de obtener una población con las máximas posibilidades de rehabilitación, y de ella se formó el grupo II del estudio.

Eran mujeres entre los 15 y 55 años, cuyo trastorno mental no era crónico y con un cociente intelectual no menor de 80. El segundo grupo de trescientas pacientes ya no fué seleccionado con tanta minusciosidad, exigiéndose únicamente el no tener incapacidades físicas y de ellas se tomaron los elementos del grupo I del estudio.

Una vez conocidos los objetivos y datos generales de las sujetas a investigar, se planeó el método con el que debía seleccionarse a las pacientes que intervinieran en el estudio. Como ya se citó se formaron dos grupos distintos, al primero se le aplicó dos veces el inventario para determinar si los cambios que las pacientes sufren a través de tratamientos y terapias eran detectadas por las codificaciones del inventario, en tanto que al segundo grupo se aplicó una sola ocasión, pues sus miembros ya tenían una temporada larga en el hospital.

b) Método de aplicación al grupo I.

En primer lugar se escogieron enfermas cuya estancia en la institución era reciente, mínima de 15 días y máxima de 30. Del grupo de trescientas pacientes fueron seleccionadas las que habían tenido una preparación escolar primaria o superior; pero dado que el número de sujetos obtenidos era muy pequeño, se incluyó a toda paciente que supiera leer y cuyo grado de deterioro mental no fuese tan pronunciado que le impidiera la comprensión de los ítems del -

inventario.

El grupo quedó integrado por cien pacientes cuyos principales padecimientos caían en psicosis y en menor grado pilépsias y personalidades psicopáticas. Algunas de ellas eran problema en sus pabellones pues no se habían adaptado totalmente al nuevo plan hospitalario, no prestaban ayuda a los médicos para que se les examinara y medicamentara, por lo que experimentaban intensos estados agresivos y de desconfianza hacia todo lo que les rodeaba.

Se inició la aplicación en forma colectiva a diez subgrupos de diez pacientes cada uno. En una sala de conferencias del edificio administrativo se colocaron frente al equipo de prueba (folleto del inventario, protocolo y lápiz con goma), leyéndose las instrucciones que el folleto traía y que indican, como se ha dicho en el capítulo de teoría, que las pacientes tienen que decidir una respuesta entre tres posibilidades que se les dá (cierto, falso, no lo sé) para cada ítem del inventario y anotar ésta en la hoja del protocolo de acuerdo a la numeración que le corresponda. Surgieron muchos problemas para comprender ésto, por lo que se tuvo que demostrar objetivamente utilizando ejemplos diferentes y sencillos como "me gustan los dulces" "¿cierto, falso o no lo sé?"; - "con mucha frecuencia como basura porque me gusta" "¿cierto, falso o no lo sé?"; etc.

Una vez que las instrucciones se entendieron, cada paciente abrió

su inventario y comenzó a solucionarlo bajo la supervisión de la investigadora. Aunque el tiempo promedio para la resolución del inventario fluctúa entre los 30 y 90 minutos, en este tipo de pacientes no fué así y hubieron algunas que tardaron varios días en realizar la tarea. Durante los primeros cien items de la prueba permanecieron en la sala; pero el resto lo contestaron en sus pabellones, en el vestíbulo o en sus camas, siendo vigiladas por las enfermeras de turno.

Una vez terminada la aplicación se buscaron de inmediato aquellos protocolos que eran válidos, usando la escala F con una pequeña modificación en el límite de los items permitidos, ya que de los 16 se aumentaron a 22. Esta modificación fué sugerida por el Dr. Hathaway en comunicación personal, puesto que en investigaciones anteriores con pacientes psiquiátricos ha sido de utilidad el hacerlo de esta manera.

Debemos indicar que de cada subgrupo que se formó, un promedio de cuatro pacientes no contestaron el inventario por diferentes causas, la más frecuente fué su incapacidad para comprender lo que leían, provocando aburrimiento y rechazo de la actividad; también la desconfianza ante las presiones que la prueba despertó hizo que las pacientes excitadas rechazaran la situación. Por tanto, de este grupo de cien pacientes solamente se pudieron obtener sesenta protocolos para su calificación. De ellos únicamente dieciseis fueron válidos, los otros tenían puntajes mayores en la escala F o habían sido invalidados porque

las pacientes contestaron en ambas direcciones a cada estímulo. Sobre esta ba se se realizaron los perfiles, codificaciones e interpretaciones de los inventa-- rios. Se aguardó un lapso de noventa días para la aplicación del retest a estas pacientes.

Pasado el tiempo previsto, se realizó por segunda vez la aplicación del inventario al grupo, observándose el grado de modificaciones existentes en sus descripciones, ya que durante este lapso, las pacientes habían sido puestas en tratamiento medicamentoso y psiquiátrico, en forma de terapia ocupacional, recreativa o psicoterapia individual y de grupo.

Para esta ocasión se formaron dos subgrupos dándose las instruccio-- nes generales para la aplicación colectiva del inventario con el uso del folleto. Las pacientes recordaron pronto el método para resolverlo y el tiempo requerido para la solución fué menor que la primera ocasión.

Una sola de las pacientes se negó a repetir la prueba por encontrar se en un estado de desconfianza y agresividad muy pronunciadas, en tanto que otra había sido enviada de vuelta al Manicomio General, no aplicá--ndosele es ta segunda ocasión.

En forma simultánea a la aplicación del IMMPI, se investigaron los datos de las pacientes referentes a edad, esca--laridad, estado civil, comporta-- miento y diagnóstico psiquiátrico. Además se repartieron a los medicos las lis-

tas con 84 adjetivos que consideramos comunes en la descripción de los enfermos psiquiátricos para que ellos anotaran todos aquellos que caracterizaban a las pacientes en estudio, y que servirían posteriormente para la comparación con los rasgos descriptivos encontrados en pacientes norteamericanas con codificaciones similares.

c) Método de aplicación al grupo II.

En este grupo se seleccionaron pacientes que habían ingresado a la institución en un periodo anterior de 10 a 6 meses como mínimo. El objeto era investigar si los perfiles y sus correspondientes patrones descriptivos que se obtuvieron de ellas se correlacionaban con las listas de adjetivos aportadas por los médicos y que las caracterizaban individualmente.

El grupo quedó integrado por cincuenta pacientes psicóticas que habían alcanzado un grado evolutivo en sus enfermedades que las hacía aparecer rehabilitadas, por lo que en un tiempo próximo iban a salir de la institución.

Se formaron con ellas cinco subgrupos y en la misma sala de conferencias en la que se trabajó con el grupo I se inició la aplicación del inventario siguiendo las instrucciones generales para la forma colectiva que aparece en el folleto, y que ya ha sido citada anteriormente.

Durante los primeros 100 ítems las pacientes estuvieron supervisadas por la investigadora, lo que tomó un promedio de dos horas, el resto del inven-

tario lo resolvieron en sus respectivos pabellones bajo la vigilancia de sus enfermeras.

Una vez recogidos los protocolos de los inventarios se seleccionaron los que se encontraban dentro de las anotaciones permitidas para la escala F. En esta forma, de los cincuenta inventarios se utilizaron 30, ya que el resto sobrepasaba las 22 anotaciones.

d) Características de las pacientes del grupo I.

El grupo obtenido tenía una edad promedio de 35 años, variando entre los 19 y 50 años; su escolaridad fluctuaba en alfabetas ( 32% ), curso completo de primaria (43%) y enseñanza secundaria o superior ( 25% ); el estado civil de un 75% era de solteras; para un 63% de las pacientes esta era el primer ingreso a una institución mental, las otras tenían algunos años de permanencia en el Manicomio General sin haber salido para nada; dos terceras partes de los padecimientos mentales caían en el grupo de las psicosis, en tanto que la otra tercera parte tenía síndromes cerebrales asociados a trastornos convulsivos (epilepsia), con rasgos psicóticos o de deterioro mental.

El cuadro que a continuación se presenta da los datos individuales de las pacientes de este grupo I, indicándose de antemano que la paciente 7 no aceptó realizar la segunda prueba y la 9 fué trasladada nuevamente al Manicomio General y no se le aplicó tampoco el retest.

CUADRO DE CARACTERISTICAS DEL GRUPO I

PACIENTE	EDAD	ESCOLARIDAD	EDO. CIVIL	FECHA INGRESO	DIAGNOSTICO
1.	32	Primaria	Soltera	1955	Epilepsia y Esqui zofrenia
2.	43	Primaria	Soltera	1959	Epilepsia y Esqui zofrenia.
3.	38	Primaria	Soltera	1963	Esquizofrenia Pa ranoide
4.	43	Alfabeta	Casada	1940 (4o)	P.M.D. fase Maniaca
5.	43	Secundaria	Soltera	1953	Epilepsia y Esq. Paranoide
6.	37	Superior	Soltera	1947 (3o.)	Esquizofrenia Paranoide
7. #	50	Secundaria	Viuda	1954 (3o)	Esquizofrenia Paranoide
8.	19	Alfabeta	Soltera	1963	Epilepsia
9. #	30	Primaria	Casada	1963	Esquizofrenia - Indiferenciada
10.	37	Alfabeta	Casada	(3o.)	Esquizofrenia Residual
11.	46	Primaria	Soltera	(5o)	P.M.D. fase Maniaca
12.	27	Alfabeta	Soltera	(3o)	Epilepsia
13.	26	Secundaria	Soltera	1963	Esquizofrenia Indiferenciada
14.	29	Alfabeta	Soltera	1961	Esquizofrenia Simple
15.	26	Primaria	Soltera	1958	Esquizofrenia Paranoide
16.	31	Primaria	Soltera	1963	Epilepsia y Psicopatía.

## e) Características de las pacientes del grupo II.

El grupo quedó caracterizado en una edad promedio de 36 años (fluctuante entre los 24 y 74 años); con un nivel escolar primario en un sesenta por ciento y el resto secundario y superior; el estado civil del 63% era el estado de solteras y el 84% había ingresado más de una vez a instituciones mentales. El diagnóstico emitido por los psiquiatras para un 80% de las pacientes era la psicosis y el 20% restante abarcaba trastornos cerebrales y conducta psicopática.

El cuadro siguiente clarificará los datos en forma individual para cada uno de sus miembros.

CUADRO DE CARACTERISTICAS DEL GRUPO II

PACIENTE	EDAD	ESCOLARIDAD	EDO. CIVIL	FECHA INGRESO	DIAGNOSTICO
1.	26	Primaria	Soltera	(4o)	Esquizofrenia Paranoide
2.	32	Secundaria	Soltera	(4o)	P.M.D.
3.	26	Primaria	Soltera	1954 (6o)	Esquizofrenia
4.	33	Primaria	Casada	(4o)	Esquizofrenia Paranoide
5.	31	Secundaria	Casada	(3o)	Esquizofrenia Indiferenciada
6.	43	Primaria	Soltera	(3o)	P.M.D.
7.	74	Secundaria	Viuda	1948	Esquizofrenia Paranoide
8.	26	Secundaria	Soltera	1961	Esquizofrenia Residual

9.	42	Primaria	Soltera	1959 (3o)	P.M.D.
10.	24	Primaria	Soltera	1959 (3o)	Esquizofrenia Residual
11.	42	Superior	Soltera	1946 (3o)	Esquizofrenia Paranoide
12.	42	Primaria	Casada	1959 (3o)	Esquizofrenia Paranoide
13.	38	Secundaria	Casada	1953	Esquizofrenia Residual
14.	45	Primaria	Soltera	1962 (3o)	Esquizofrenia Paranoide
15.	36	Primaria	Soltera	1945 (5o)	Esquizofrenia
16.	45	Secundaria	Soltera	1944	Epilepsia y Esq. Paranoide
17.	34	Primaria	Soltera	(3o)	Epilepsia y Psicopatía
18.	39	Secundaria	Soltera	(4o)	P.M.D. fase Maniaca
19.	32	Secundaria	Soltera	(4o)	Esquizofrenia Paranoide
20.	32	Alfabeta	Divorciada	(4o)	Psicopatía
21.	29	Primaria	Casada	1951	Psicopatía
22.	38	Alfabeta	Viuda	1948 (6o)	P.M.D. fase Maniaca
23.	34	Primaria	Soltera	1963	Epilepsia
24.	35	Primaria	Casada	1960	Epilepsia
25.	41	Secundaria	Soltera	1960	Esquizofrenia
26.	24	Primaria	Soltera	(3o)	Esquizofrenia Paranoide
27.	22	Secundaria	Soltera	1961 (2o)	Esquizofrenia Indiferenciada
28.	46	Superior	Casada	(3o)	Esquizofrenia Residual

29.	50	Primaria	Divorciada (K)	Esquizofrenia Residual
30.	50	Primaria	Soltera c (5o)	P.M.D. fase Maniaca.

---

## CAPITULO III

ANALISIS DE RESULTADOS.

## a) Primera Prueba del Grupo I.

Todas las calificaciones de los inventarios se realizaron de acuerdo a lo estipulado por el Dr. Hathaway, que ya ha sido citado en el capítulo sobre teoría del MMPI.

Las codificaciones obtenidas en este grupo fueron interpretadas con precaución, pues la escala de validación F tuvo un puntaje bruto promedio de 18, que es elevado; en tanto que en las otras dos escalas de validez la media aritmética de frecuencia fué en la escala L de 6 y en la K de 11. (Véase el cuadro de Codificaciones del Grupo I. ).

La frecuencia obtenida en la escala L nos indica que los miembros del grupo tenían características psicóticas bien determinadas, aún y cuando la anotación no es muy baja, se confirma este concepto por la elevación de las escalas 6, 7, 8 y 9, (NOTA).

La escala F es la que nos hace dudar, como ya se indicó, de la validez de las codificaciones, pues su elevado puntaje pudo haber ejercido su influencia en las anotaciones de las escalas clínicas, o bien se debió a causas

---

NOTA. Todas las interpretaciones que se hacen en este capítulo están tomadas del libro "An MMPI handbook" de Dahlstrom y Welsh.

mo las citadas en el capítulo 1.

El promedio de anotación obtenido en la escala K se encuentra dentro de los límites que se establecen para enfermos mentales y sujetos "normales" cuya fuerza defensiva es muy alta.

Por medio de todas estas escalas se considera que las pacientes se encontraban en estado de clara psicosis.

Analizando los perfiles de esta prueba, notamos que las escalas 4- (personalidad psicopática ), 6 ) paranoia ), 8 (esquizofrenia) y 9 (hipomanía)- son las que sufren una elevación significativa.

Las interpretaciones que se han hecho están en función de las dos - escalas más prominentes en cada codificación, siendo ellos 64', 68', 84', 89' y 69'; habiendo sido tomadas del libro ya citado de Dahlstrom y Welsh, donde se describen los rasgos más generales que caracterizan a pacientes norteamericanas con tales codificaciones.

Estos son reportados a continuación y a ellos se ha agregado los porcentajes de respuesta a los 84 adjetivos que los psiquiatras dieron para caracterizar a las pacientes de nuestro grupo, de acuerdo a las codificaciones correspondientes.

Por lo tanto, hemos obtenido dos descripciones para cada codifica-

ción: la primera como resultado de las investigaciones en pacientes psiquiátri-  
cas norteamericanas y la segunda que nos indica la frecuencia con que cada -  
uno de los 84 adjetivos son empleados para describir a las pacientes mexicanas  
de nuestro estudio.

Descripciones en Norteamericanas:

CODIFICACION 68' .

Las pacientes presentan delusiones y rasgos paranoides, acompaña-  
dos de depresión, apatía y hostilidad. Es aislada, tensa, nerviosa, suspicaz y  
resentida.

CODIFICACION 64' .

Existe un desajuste heterosexual, presentándose deprimida, abati-  
da y nerviosa. Es introvertida, dependiente, insatisfecha y hostil, presentando  
cuadros hipomaniacos acompañados de delusiones y rasgos paranoides.

CODIFICACION 69'

Es una personalidad dependiente e infantil, que manifiesta ser hos-  
til, irritable y muy agresiva, con un cuadro hipomaniaco en el que aparecen -  
rasgos paranoides y delirios.

CODIFICACION 84' .

Hay un desajuste social con una conducta rara, peculiar e imprede-  
sible. Está aislada, siendo muy nerviosa, irritable e impulsiva, llegando a es-

tados depresivos y presentando delirios.

#### CODIFICACION 89'.

Se presenta una hipomanía exagerada, con hipertensión, ansiedad, estados agresivos e irritables y con una emocionalidad totalmente inapropiada.

Se aísla y tiene delirios.

#### Porcentaje de respuesta a los 84 adjetivos, en el grupo 1.

ADJETIVOS	64'	68'	69'	84%	89'
	F %	F %	F %	F %	F %
Alucinada	1	2	---	-	-
Ideas persecutoras	1	1	1	1	2
Autorreferencias	1	4/66%	-	1	3 60%
Grandiosidad	1	-	1	1	3 60%
Fantasías	1	1	1	-	4 80%
Confabula	1	3 50%	1	-	5 100%
Fóbica	-	3 50%	-	-	2
Sililoquios	1	3 50%	-	-	3 60%
Remordimientos	-	1	-	-	2
Amnesias	1	5 83%	-	1	3 50%
Insomnios	1	3 50%	-	-	4 80%
Incongruente	1	1	-	-	2
Suicida	-	-	-	-	1

	64' F %	68' F %	69' F %	84' F %	89' F %
Ansiosa	1	3 50%	-	-	2
Acomplejada	1	4 66%	-	1	2
Asustada	1	2	-	-	-
Preocupada	1	2	-	-	-
Indiferente	1	3 50%	1	1	4 80%
Triste	1	4 66%	-	-	1
Abatida	-	-	-	-	-
Resentida	-	-	1	-	2
Melancólica	1	3 50%	1	-	1
Amargada	1	1	-	-	2
Pesimista	1	4 66%	-	-	3 60%
Optimista	-	-	-	1	2
Alegre	-	-	-	1	1
Desorganizada	1	1	-	-	3 60%
Compulsiva	1	3 50%	1	-	-
Obsesiva	1	2	-	-	1
Desorientada en tiempo	1	2	-	1	2
Desorientada en espacio	-	2	-	1	-
Amanerada	1	2	-	-	2

	64'	68'	69'	84'	89'
	F %	F %	F %	F %	F %
Aplanada emocional	1	2	-	-	4 80%
Desconfiada	-	4 66%	1	1	4 80%
Dependiente	1	4 66%	-	-	3 60%
Mal adaptada	1	3 50%	-	1	2
Problemas autoridad	-	3 50%	-	1	1
Irresponsable	-	1	-	-	4 80%
Cooperativa	1	4 66%	-	1	-
Sociable	1	4 66%	-	1	-
Inconsiderada	1	2	-	1	2
Desobediente	-	4 66%	-	1	-
Perversa	-	-	-	-	-
Enojona	1	3 50%	-	1	3 60%
Deshonesta	-	1	-	-	1
Indecente	-	1	-	-	-
Irritable	1	2	-	1	2
Hostil	1	2	-	1	2
Callada	1	6 100%	1	1	1
Parlachina	1	1	-	-	2
Odiosa	-	-	-	-	2

	64'	68'	69'	84'	89'
	F %	F %	F %	F %	F %
Envidiosa	1	1	-	-	2
Curiosa	-	2	-	-	1
Chismosa	-	2	-	-	2
Vengativa	-	2	-	1	2
Negativista	1	2	-	-	-
Agresiva	-	2	-	-	-
Sexualmente Histérica	-	3 50%	-	-	-
Llorosa	-	3 50%	-	-	2
Cínica	-	-	-	-	-
Quejumbrosa	-	2	-	-	4 80%
Falsa	-	-	-	-	1
Desquiciada	1	2	-	-	1
Atontada	1	2	-	-	1
Floja	-	2	-	1	3 60%
Terca	1	2	-	-	1
Cruel	-	1	-	-	1
Peligrosa	-	1	-	1	-
Voluntariosa	1	3 50%	-	-	4 80%
Arbitraria	1	1	-	-	-

	64'	68'	69'	84'	89'
	F %	F %	F %	F %	F %
Hombruna	1	3 50%	-	-	1
Extravagante	1	2	-	-	1
Rara	1	2	-	1	3 60%
Indecisa	1	3 50%	-	-	2
Tics	1	3 50%	-	1	-
Catatónica	-	1	-	-	-
Agitación motriz	1	2	1	-	4 80%
Torpe	1	2	-	-	2
Fatigada constantemente	-	-	1	-	5 100%
Postrada	-	-	-	-	1
Religiosa	-	3 50%	-	1	4 80%
Fanática	-	-	-	1	-

NOTA: Solamente se han marcado los porcentajes mayores de 50 de aquellos que provienen de codificaciones que están integradas por más de dos pacientes.

Las miembros que formaron los grupos de las codificaciones fueron:

64' sujeto # 3

68' sujetos # 4, 5, 8, 9, 10 y 11

69' sujeto # 6

84' sujetos # 1, 7

89' sujetos # 12, 13, 14, 15 y 16.

Al observar estas dos listas de cada codificación, notamos claramente que si bien el número de términos aportados por los médicos es más amplio, - todos ellos se adaptan a las características encontradas en las investigaciones - norteamericanas de pacientes psiquiátricas hospitalizadas, y cuyas codificaciones eran similares.

Se le ha dado mayor importancia a estos rasgos de las pacientes y - no a los diagnósticos que por el puntaje se pueden determinar, ya que consideramos de mayor utilidad aportar los datos que hacen una descripción de los sujetos en estudio.

b) Segunda Prueba del Grupo I.

Los datos que se brindan en el siguiente cuadro son las codificaciones obtenidas por cada paciente de este grupo en la primera y segunda prueba.

CODIFICACIONES DEL GRUPO I.

PAC.	PRIMERA PRUEBA	SEGUNDA PRUEBA
1	48276' 319 - X 12:18:17	1837' 2496 - X 7:19:23
2	' 6 -371 7:12: 6	' 916842- 8: 7:18
3	64' 98 - X 4:19: 7	687' 49 - 3 X 9:17:14
4	682341' 7 - X 5:22:17	23481' 67 - X11:14:16

5	682'	37149-	X	7:18:12	6'	89427 -	4:15:8
6	694183'	27 -		6:15:19	'	869 -	X 10:12:15
7	842'	19637 -	X	8:18:15	- - - - -	- - - - -	- - - - -
8	8672'	9143 -		2:13: 8	89'	67412 -	1:13:10
9	8674'	9243 -	X	9:19: 8	- - - - -	- - - - -	- - - - -
10	86'	9271 -	X	4:19:10	8471239'	6 -	X 11:16:20
11	86974'	2 -	X	4:22: 4	8697'	4 -	X 3:24: 2
12	89647'	12-	X	6:22:17	89674'	13 -	X 5:22:14
13	89'	6471 -	X	11:15:14	8269'	7143 -	X 13:17:17
14	8967'	42 -	X	4:21:10	894'	6217 -	X 5:21:16
15	986'	4713 -		8: 9:14	68'	9427 -	X 5:19: 8
16	986'	74 -	X	2:22: 5	649'	82 -	X 6:19: 6

Analizando las codificaciones obtenidas en esta segunda prueba, notamos que únicamente trece de ellas fueron válidas, ya que la paciente # 11 dió 24 anotaciones en la escala F. Los promedios de puntaje obtenidos en las escalas de validación fueron: escala L de 7; F de 16 y K con 14.

Observamos que las escalas L y K subieron sus puntuaciones brutas en estas codificaciones, en tanto que la escala de validez F disminuyó su puntaje. Probablemente se debió a que las pacientes, viviendo en mayor contacto con presiones de realidad, trataron de negar las implicaciones patológicas de los es-

tímulos; caso frecuentemente presentado en sujetos que están bajo tratamiento psiquiátrico y que demuestran su fragilidad y poca tolerancia a las presiones, - manifestando así, como ponen en juego sus mecanismos defensivos.

Las codificaciones obtenidas aquí, varían muy ligeramente con los puntajes obtenidos en la primera prueba, por lo que los patrones de las dos esca las más elevadas en ellas son 68' y 89'. Doce de ellas tienen sus elevaciones - en la tétada psicótica (escalas 6, 7, 8 y 9); la restante lo hace en la triada neurótica (escalas 1, 2 y 3).

c) Diferencias entre las dos aplicaciones.

Comparando las puntuaciones T en las diferentes escalas clínicas - de la primera y segunda aplicación del inventario en este grupo I, notamos que las diferencias en el promedio de frecuencia es insignificante y los perfiles ge nerales no han sufrido cambio notable.

De valor clínicamente significativo son las escalas de paranoia -- (puntuación T de 73 a 77) y esquizofrenia (puntuación T entre 80 y 81); pues se elevan por encima de la media (puntaje T de 50) del grupo muestreo de Minne\_ sota.

En el perfil que a continuación se presenta han sido marcadas con líneas negras las anotaciones promedio alcanzadas por el grupo en la primera - prueba; con líneas punteadas las obtenidas en la segunda prueba y en cada es-

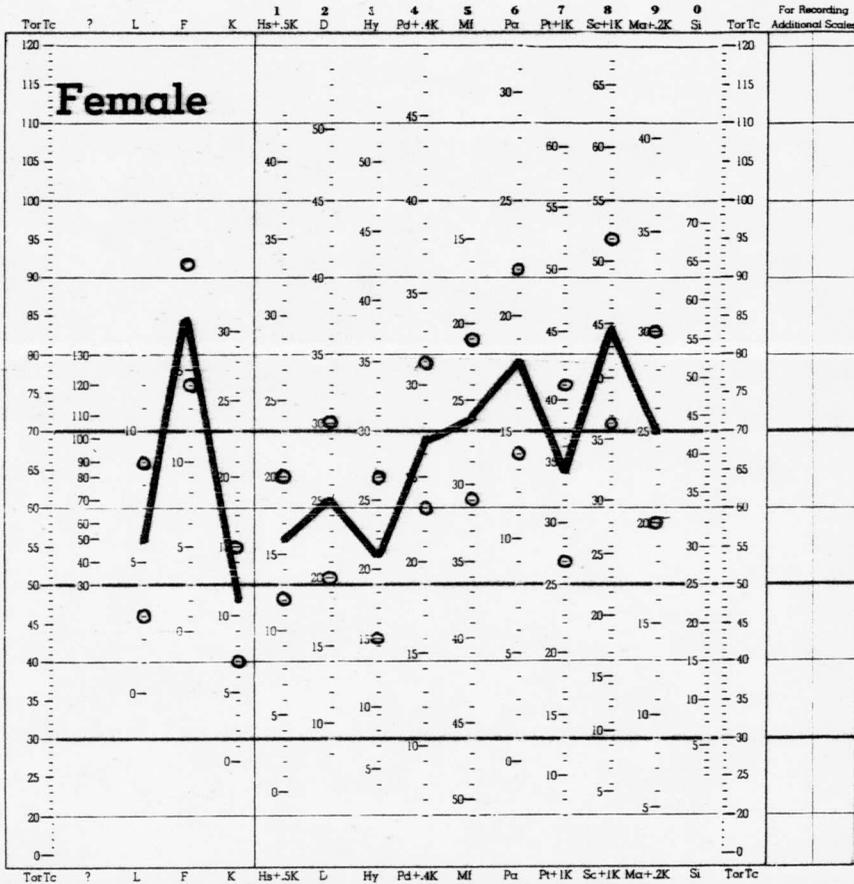
cala se indica la desviación estandar (sigma) de este grupo en particular.

Al analizar las marcas de los dos perfiles encontramos que existen diferencias de puntaje en las escalas en relación al grupo de muestreo, ya que los puntajes T se han elevado de los niveles promedio norteamericanos, como lo expresa el cuadro de valores estadísticos: lo que indica la necesidad de realizar investigaciones para normalizar el inventario a la población psiquiátrica mexicana y así obtener resultados de mayor confiabilidad.

# The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starke R. Hathaway and J. Charnley McKinley

Scorer's Initials 86



Raw Score	6	18	11	10	25	21	23	26	18	23	33	23		
K to be added				6			4			11	11	2		
Raw Score with K				16			27			34	44	25		

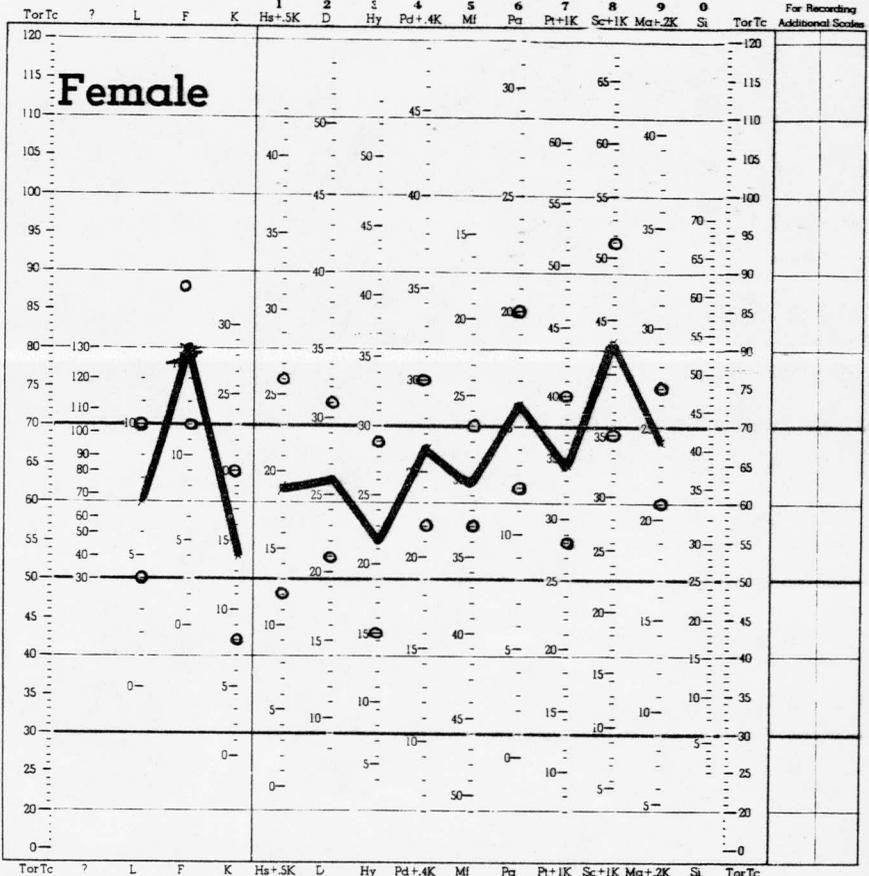


Perfil y Desviaciones Estandar en la Primera Prueba del grupo I.

# The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starke R. Hathaway and J. Charnley McKinley

Scorer's Initials 867



Raw Score 7 16 14 12 26 22 20 30 16 20 29 21 — — — —

K to be added 7 6 14 14 3 — — — —

Raw Score with K 19 26 34 43 24 — — — —



Perfil y Desviación Estandar en la Segunda Prueba del grupo I.

## CUADRO DE VALORES ESTADISTICOS.

Media aritmética, desviación estandar y puntaje T.

Escala	PRIMERA PRUEBA			SEGUNDA PRUEBA		
	$\bar{X}$	Sigma	Punt. T	$\bar{X}$	Sigma	Punt. T
L	6	3	46 - 56 - 66	7	3	50 - 60 - 70
F	18	4	76 - 84 - 92	16	4	70 - 80 - 88
K	11	4	40 - 48 - 55	14	6	42 - 53 - 64
1	16	4	48 - 56 - 64	19	7	48 - 62 - 76
2	25	5	51 - 61 - 71	26	5	53 - 63 - 73
3	21	6	43 - 54 - 64	22	7	43 - 53 - 68
4	27	4	60 - 69 - 79	26	4	57 - 67 - 76
5	26	5	82 - 72 - 61	30	3	70 - 63 - 57
6	18	4	67 - 79 - 91	16	4	62 - 73 - 85
7	34	7	53 - 65 - 76	34	6	55 - 65 - 74
8	44	8	71 - 83 - 95	43	8	69 - 81 - 94
9	25	5	58 - 70 - 83	24	3	60 - 68 - 75

NOTA: Los tres valores que se dan en puntaje T equivalen a:

Primer número: puntaje T de una sigma menor a la media

Segundo número: puntaje T promedio.

Tercer número: puntaje T de una sigma mayor a la media.

d) Interpretaciones del grupo I.

El análisis de los perfiles obtenidos de la media de frecuencia en cada una de las escalas de las dieciseis pacientes integrantes del grupo I, nos hablan de un cuadro de esquizofrenia tipo paranoide.

Según datos obtenidos en las investigaciones del departamento de Psiquiatría de la Universidad de Kansas, es frecuente que este perfil se presente en enfermas con trastornos cerebrales.

Las características principales de sus integrantes se basa en una serie de funciones anómalas en su control, motivaciones y rasgos hereditarios, en la actitud hacia los otros y hacia él mismo y en la serie de mecanismo patológicos que usa para su defensa.

Una descripción general de ellas estaría dada si imaginamos a un sujeto suspicaz, nerviosa, con rasgos paranoides que le llevan a alucinar; es hostil y presenta brotes depresivos y de desesperanza. Su control y capacidad de concentración están disminuidos y sus manifestaciones emocionales son inapropiadas. El principal rasgo geneotípico que la constituye es el esquizo-paranoide, utilizando la proyección como mecanismo defensivo # 1.

Aparentemente y por los perfiles descritos, el tiempo transcurrido entre las dos aplicaciones del MMPI no han influido en ellas, pues su cuadro característico es semejante.

---

# 1. Los datos fueron logrados del libro de Dahlstrom y Welsh ya citado y del Actuarial Description de Mark's y Seeman.

## e) Resultados del Grupo II.

Las codificaciones obtenidas en este grupo fueron en un 37% clínicamente dudosas, ya que la escala F tuvo anotaciones por arriba de 16; el siguiente cuadro nos indica los valores estadísticos correspondientes a la prueba de éstas. El perfil marca la diferencia en sus anotaciones T con relación al grupo original estudiado por Hathaway.

CUADROS DE VALORES ESTADISTICOS.

ESCALA	$\bar{X}$	Desviación estandar	Puntaje T		
			Una sigma menos		Una sigma más.
L	7	3	50 -	60 -	70
F	13	5	62 -	74 -	84
K	12	5	40 -	49 -	59
1	17	4	50 -	58 -	66
2	26	5	53 -	63 -	73
3	22	5	47 -	56 -	64
4	26	4	57 -	67 -	76
5	32	4	68 -	60 -	51
6	16	4	62 -	73 -	85
7	33	7	51 -	63 -	74
8	39	8	63 -	75 -	87
9	22	3	55 -	63 -	70

NOTA: La puntuación intermedia en T corresponde al promedio de puntaje del grupo II.

El perfil obtenido del grupo es dentado, con elevaciones significativas en las escalas 6 y 8. Un perfil semejante fué obtenido por Gough (#1) en una de sus investigaciones. Las elevaciones pronunciadas se presentaban en las escalas de la tétrada psicótica en tanto que la triada neurótica era superada -- por la escala 4, pues sufría dentaciones menos afiladas, a excepción de la escala 2; en este grupo los datos que se han dado estuvieron determinados por la ausencia de sentimientos por la tendencia a falsear grotescamente la realidad.

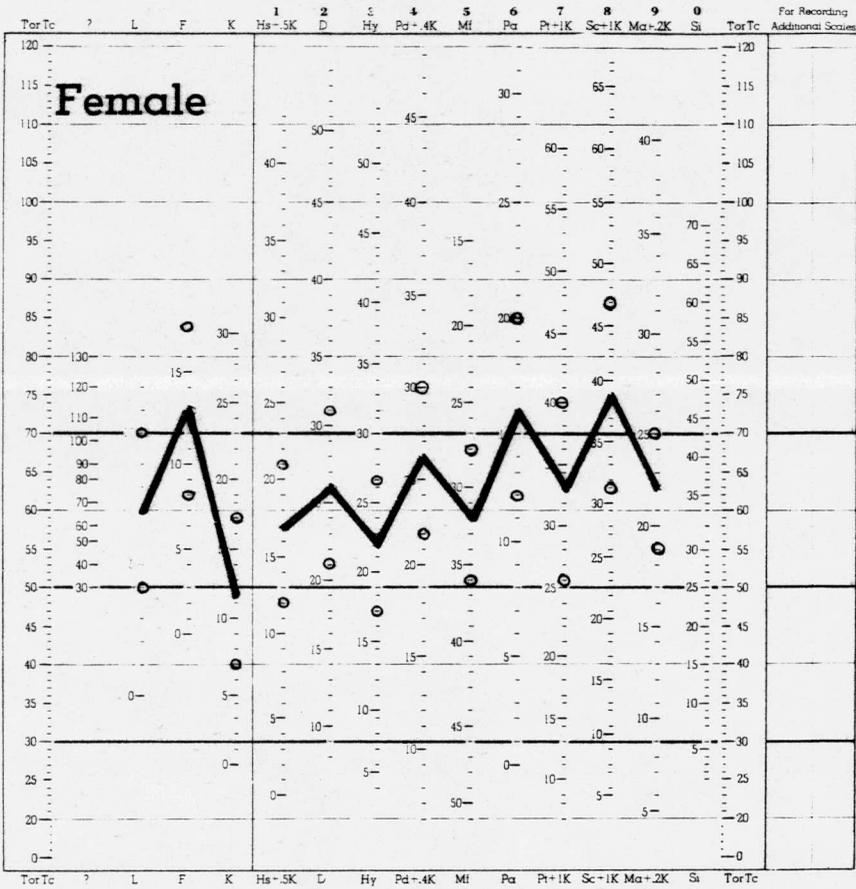
---

#1. Citado en el MMPI handbook, pág. 102 y 138.

# The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starke R. Hathaway and J. Charnley McKinley

Scorer's Initials 867



Raw Score 7 13 12 11 26 22 21 32 16 21 27 20

K to be added 6 5 12 12 2

Raw Score with K 17 26 33 39 22



Perfil y Desviación Estandar en la Prueba del grupo II.

Analizando el perfil general de nuestro segundo grupo en sus escalas de validación, encontramos que la escala L tiene una puntuación promedio de 7, que es considerada elevada y caracteriza la negación sistemática del sujeto a sus dificultades psíquicas, dado que desea aparecer en forma favorable ante la sociedad. Esta elevación es usual en pacientes que han estado bajo tratamiento psicoterapéutico y denota un buen indicio de restablecimiento en ellas (#1), -- aún cuando como se citó en el grupo I, puede ser también la manifestación de su debilidad ante las presiones ambientales.

Las anotaciones obtenidas en la escala F alcanzan un promedio de 13, lo que indica que son el producto de enfermos psicóticos (#2) que están actuando a niveles limítrofes, por lo que se mantienen controlados por la acción de varios mecanismos. Ahora bien, en la escala de corrección K el grupo se está manifestando con autoaceptación, reconociendo sus conflictos actuales.

La configuración total de las escalas de validación, dada la elevación en F y la cercanía a la media de L y K, se interpreta como la manifestación de los desórdenes emocionales que caracterizan a los miembros del grupo II.

Los estudios realizados por Guthrie (#3); identificaron un perfil con

- 
- #1. Citado en el MMPI handbook; pág. 128  
 #2. " " " " " ; pág. 141  
 #3. " " " " " ; pág. 198

elevaciones similares en las escalas clínicas a las encontradas en esta investigación, o sea las escalas 8 y 6, en sujetos prepsicóticos, cuyos rasgos esquizoides los hacían mantener un limitado e inestable ajuste social, pero sus quejas y preocupaciones de salud les permitía ligarse a la realidad y vivir fuera de hospitales mentales.

El cuadro que a continuación se presenta indica las codificaciones particulares de las pacientes de este grupo.

#### CODIFICACIONES DEL GRUPO II.

PACIENTE	CODIFICACION DE LA PRUEBA.		
1	1' 84637	-	X 12:13:21
2	42' 83791	-	10: 4:16
3	4638' <u>1297</u>	-	7:12:12
4	4698' 132	-	8:12:14
5	48' <u>321769</u>	-	8:10:18
6	4' 863971	-	8: 9:13
7	6' 24	- <u>13</u>	9: 6:11
8	6' <u>48213</u>	- 7	X 10: 9:11
9	684' <u>7293</u>	-	X 3:22: 5
10	6' <u>821794</u>	-	7:16:14
11	' 6823	- 9	X 15: 4:23

12	6842'	397	-		9:14:10
13		' <u>684371</u>	-		7: 9:16
14	6847'	219	-	X	4:20:14
15	68'	<u>94127</u>	-		4:14:10
16	68'	<u>94721</u>	-	X	9:18: 8
17	<u>689'</u>	<u>72413</u>	-	X	6:22: 3
18	689'	74	- 3	X	0:22: 2
19	74'	<u>83126</u>	-		9:10:22
20		' 824976	- 3		6: 6:10
21	826'	714	-	X	7:19:11
22	86219'	743	-		5:14: 8
23	86497'	<u>132</u>	-		7:12:17
24	86724'	91	-	X	2:22: 7
25	8724 <u>6913</u> '		-	X	5:18:14
26	8729'	641	-		4:15: 9
27	89'	<u>4736</u>	-		8: 6:16
28	8'	964	- 3		7:16:11
29	98'	<u>67413</u>	-		10:15: 9
30		' <u>98746123</u>	-		7:12: 9

---

Notamos que las codificaciones de mayor frecuencia están localizadas en la tét<sup>ra</sup>da psicótica, siendo ellas: 46'; 68'; 89'; 48'; 82'; y 87'. (#1).

Obtenidas las descripciones de ellas en pacientes norteamericanos vemos que los datos son similares con los datos aportados por los residentes psiquiátricos, consiguiéndose las listas que a continuación se dan.

Descripciones en norteamericanas:

CODIFICACION 46' .

Se presenta un desajuste social y sexual, con una emocionalidad inapropiada, depresión, hostilidad y suspicacia. Es nerviosa e introvertida, surgiendo en ella rasgos paranoides con delirios.

CODIFICACION 68'

Estas pacientes sufren de delirios y rasgos paranoides, acompañados de depresión, apatía y hostilidad. Es aislada, tensa, nerviosa, suspicaz y resentida.

CODIFICACION 89'

Se presenta una hipomanía exagerada, con hipertensión, ansiedad, estados agresivos e irritables y acompañados de una emocionalidad totalmente inapropiada. Se aísla y tiene delirios y confusiones mentales.

---

#1. Las últimas tres codificaciones no son descritas en las pacientes norteamericanas por carecer de datos precisos para ello.

Frecuencia de respuesta a los 84 adjetivos en el grupo II.

ADJETIVOS	46'		48'		68'		82'		87'		89'	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alucinada	-		1		3		-		1		-	
Ideas persecutoras	-		-		6	50%	-		1		-	
Referencias	-		2	100%	8	66%	-		2	100%	1	
Grandiosidad	-		1		3		2	100%	-		-	
Fantasías	1		2	100%	8	66%	2	100%	2	100%	2	50%
Confabula	1		1		8	66%	2	100%	-		-	
Fóbica	1		-		5		-		1		1	
Soliloquios	-		1		7	58%	-		1		-	
Remordimientos	-		2	100%	4		1		1		-	
Amnesias	-		-		4		-		-		3	75%
Insomnios	-		1		6	50%	-		2	100%	1	
Incongruente	-		1		6	50%	1		1		1	
Suicida	-		-		-		1		1		-	
Ansiosa	1		2	100%	6	50%	-		2	100%	1	
Aterrorizada	-		-		1		-		1		-	
Acomplejada	1		1		6	50%	2	100%	-		2	50%
Asustada	-		-		1		-		1		1	
Preocupada	1		1		7	58%	-		1		1	

	46'	48'	68'	82'	87'	89'
	F %	F %	F %	F %	F %	F %
Indiferente	1	1	4	-	1	-
Triste	-	1	6 50%	-	1	-
Abatida	-	-	-	-	2 100%	-
Resentida	-	-	7 58%	2 100%	1	1
Melancólica	-	1	7 58%	1	1	-
Amargada	1	-	4	1	1	-
Pesimista	-	-	7 58%	1	1	-
Optimista	2 66%	1	-	1	-	2 50%
Alegre	1	-	-	1	-	1
Desorganizada	1	2 100%	4	1	1	1
Compulsiva	-	-	4	-	-	3 75%
Obsesiva	-	-	6 50%	-	1	1
Desorientada en tiempo	-	1	-	-	-	-
Desorientada en espacio	-	-	-	-	-	-
Amanerada	-	1	2	2 100%	-	1
Aplanada emocional	2 66%	2 100%	7 58%	1	1	2 50%
Desconfiada	-	-	7 58%	1	1	1
Dependiente	3 100%	1	7 58%	1	1	3 75%
Mal adaptada	-	1	6 50%	2 100%	1	1

Problemas autoridad	-	-	6 50%	2 100%	-	2 50%
Irresponsable	1	1	3	2 100%	-	1
Cooperativa	1	-	4	1	1	4 100%
Sociable	2 60%	1	6 50%	1	-	4 100%
Inconsiderada	-	-	3	2 100%	-	1
Desobediente	1	1	5	1	-	-
Perversa	-	-	-	-	-	-
Enojona	-	1	7 58%	-	-	2 50%
Deshonesta	-	-	1	2 100%	-	-
Indecente	-	-	-	1	-	-
Irritable	-	-	9 75%	-	1	1
Hostil	-	-	3	-	-	-
Callada	2 66%	2 100%	4	-	1	1
Parlanchina	-	-	4	2 100%	-	2 50%
Odiosa	-	-	3	-	-	-
Envidiosa	-	-	3	-	-	2 50%
Curiosa	-	1	4	2 100%	1	1
Chismosa	-	-	4	-	-	-
Vengativa	-	-	2	-	-	-
Negativista	1	1	0	-	1	-

Agresiva sexual	0	1	1	2 100%	-	-
Histérica	1	-	2	2 100%	-	1
Llorosa	-	-	4	1	1	1
Cínica	-	-	-	2 100%	-	-
Quejumbrosa	-	1	7 58%	2 100%	1	1
Falsa	-	-	-	1	-	-
Desquiciada	-	-	1	-	-	-
Atontada	-	1	5	1	1	-
Floja	1	1	7 58%	1	1	-
Terca	-	-	7 58%	1	-	-
Cruel	-	-	2	1	-	-
Peligrosa	-	-	2	-	-	-
Voluntariosa	1	1	6 50%	2 100%	1	1
Arbitraria	-	-	3	-	-	1
Hombruna	1	-	-	1	-	1
Extravagante	-	-	1	2 100%	-	-
Rara	-	2 100%	7 58%	-	1	1
Indecisa	3 100%	2 100%	2	1	1	-
Tics	-	1	2	-	-	1
Catatónica	-	-	1	-	-	-

	46'	48'	68'	82'	87'	89'
	F %	F %	F %	F %	F %	F %
Agitada motriz	-	1	5	-	-	-
Torpe	1	1	3	1	1	1
Fatigada constantemente	1	-	3	-	1	-
Postrada	-	-	1	-	-	-
Religiosa	1	1	5	1	1	1
Fanática	-	-	-	-	-	-

NOTA: Solamente se han marcado los porcentajes mayores de 50 de aquellas - que provienen de codificaciones que están integradas por más de dos pacientes.

Los miembros que formaron los grupos de las codificaciones fueron:

46' sujetos # 3, 4 y 8.

48' sujetos # 5 y 6

68' sujetos # 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23 y 24

82' sujetos # 20, 21.

87' sujetos # 25, 26

89' sujetos # 27, 28, 29 y 30.

f) Interpretaciones del grupo II.

Analizando la lista de adjetivos aportados por los médicos con la - lista de rasgos en pacientes norteamericanas, encontramos una relación entre -- ellas.

Las codificaciones de cada paciente también nos hablan en sus escalas de validación que la conflictiva emocional está siendo manejada en niveles límites con la psicosis, pero puede establecer contacto con la realidad.

El perfil general del grupo tiene, como se ha dicho, sus elevaciones máximas en las escalas 6 y 8; por lo que una descripción de esta población estaría dada al considerar sujetos genotípicamente esquizoparanoides, cuyos procesos pensantes son poco usuales y en cierta forma inconvenientes para establecer relaciones con la realidad, siendo suspicaces, tensas, nerviosas y hostiles.

## CAPITULO IV

### CASUISTICA DEL GRUPO I.

Con las descripciones individuales de las pacientes del grupo I que a continuación se presentan, se trata de dar una idea precisa de los rasgos fundamentales que ellas presentaban en el momento de las pruebas y la forma en que fueron percibidas en las codificaciones de los perfiles del MMPI.

Las descripciones fueron obtenidas de los médicos psiquiatras de la institución y de las historias clínicas de algunas de ellas, pues no todas tenían antecedentes de sus enfermedades; no se tomó en cuenta los diagnósticos omitidos, por considerar como ya se indicó arriba, que los rasgos descriptivos son más convenientes, aún cuando éstos datos son totalmente subjetivos y determinados por la experiencia del que los dictamina, y en este caso ella no era mayor de un año de entrenamiento con esta clase de sujetos. A más de que no fueron comparadas con otras opiniones, por falta de cooperación para ello.

Las descripciones a las codificaciones de las pruebas realizadas se obtuvieron por los datos reportados en el MMPI handbook de Dahlstrom y Welsh de acuerdo a los rasgos generales de las dos escalas más elevadas del perfil, y por la comparación de codificaciones similares en pacientes norteamericanas obtenidas en las investigaciones de Hathaway y sus colaboradores reportadas en el Atlas del inventario.

SUJETO # 1.           Primera Prueba:           48276' 319 - X 12:18:17  
                           Segunda Prueba:           1837' 2496 - X 7:19:23

Descripción médica: Personalidad introvertida y vergonzosa cuyas crisis convulsivas iniciadas a los 17 años le han trastornado mentalmente. Presenta en la actualidad rasgos de irritabilidad, hostilidad, desconfianza y venganza; tiene una mala adaptación a su medio, con problemas hacia la autoridad; se presenta en forma desobediente, inconsiderada y vengativa produciéndose complejos y amnesias temporales. Es callada y muy religiosa.

Primera Prueba: Presenta problemas psicológicos significativos; - con problemas de conducta de tipo delincuencial por desajuste a su medio; es rara y peculiar, se aísla y queja constantemente de trastornos somáticos.

Segunda Prueba: Sus problemas psicológicos se conservan presentándose una disminución o aplanamiento de sus afectos. Su conducta es una manifestación psicótica con desorientación en el tiempo y un gran número de quejas somáticas.

SUJETO # 2.           Primera Prueba:           '6 -371'           7:12: 6  
                           Segunda Prueba:           '916842 -           8: 7:18

Descripción médica: Personalidad normal hasta los 18 años en que es violada, surgiendo trastornos de conducta, confusión en sus funciones de memoria y aparición de trastornos convulsivos. En la actualidad se presentan --

ideas de referencia, fantasías, ideas persecutoras y toda una serie de mecanismos patológicos en su pensamiento y vida emocional. Manifiesta su desadaptación con hostilidad e irritabilidad, es torpe y se queja de una constante fatiga.

Primera Prueba: Existe un pobre control de sí misma, pero respeta la autoridad sin sensibilidad inapropiada. Su personalidad parece estar distorsionada por una emocionalidad patológica. Por lo bajo de sus puntuaciones no se puede establecer mayor número de datos.

Segunda Prueba: Parece encontrarse dentro de los límites fijados para la población de Minnesota. Sus intereses son abiertos a las opiniones ajenas, conoce sus limitaciones y se conforma con las costumbres sociales que se le imponen, presentando constantes quejas somáticas.

SUJETO # 3. Primera Prueba: 64 ' 98 - X 4:19: 7

Segunda Prueba: 687 ' 49 - 3 X 9:17:14

Descripción médica: Ha presentado problemas de conducta, apariencia ridícula y alucinaciones visuales antes de ingresar a instituciones mentales. Actualmente presenta rasgos psicóticos como soliloquios, autorreferencias, ideas de grandiosidad, persecutorias, confabulaciones y alucinaciones. Es melancólica, amargada y pesimista; generalmente callada, desconfiada, enojona y muy hostil, con brotes de agitaciones motrices. Su apariencia es hombruna, extravagante y muy torpe en sus manifestaciones sociales.

Primera Prueba: Presenta conflictos significativos en su esfera psicológica; se manifiesta en ataques hipomaniacos seguidos de depresión, es nerviosa y hay un marcado desajuste hacia el sexo opuesto. Su pensamiento es psicótico.

Segunda Prueba: Tiene delusiones, falta de insight y una conflictiva conductual que la aisla; es apática y muy irritable, con periodos de insomnios y depresión.

SUJETO # 4.           Primera Prueba:       682341' 7 - X 5:22:17  
                           Segunda Prueba:       23481' 67 - X 11:14:16

Descripción médica: Antes de su ingreso a instituciones mentales se había manifestado como una personalidad introvertida, pesimista y desanimada con cierta excitación psicomotriz, llegando a presentar soliloquios y verborrea, insomnios y estados de anorexia. En la actualidad es callada, triste y se queja de dificultades para dormir, aún cuando en ciertos momentos presenta alguna -- cooperación con su grupo.

Primera Prueba: Existen conflictos muy severos en sus mecanismos mentales, presentándose pensamientos inusuales de tipo paranoide con una falta de insight. Está deprimida, ansiosa y su conducta es apática e irritable.

Segunda Prueba: Hay problemas psíquicos significativos, pero trata de mantener un control socialmente adecuado; padece de insomnios, anorexia,



**Descripción médica:** Su personalidad fué introvertida y poco sociable que avanzó hacia el autismo. Su falta de conciencia de enfermedad, con aplanamiento afectivo y sus pensamientos inapropiados por las ideas de perjuicio que lo constituían, la recluyeron en instituciones mentales. Los rasgos que la describen en la actualidad son sus ideas persecutoras, de grandiosidad, fantasías, confabulaciones, desconfianzas y un aplanamiento o indiferencia emocional.

**Primera Prueba:** Es una persona dependiente, infantil y falta de insight; incoherente, cuyos procesos de pensamiento varían de las delusiones paranoideas a estados de grandiosidad, manifestando a la vez rasgos hipocondríacos.

**Segunda Prueba:** El perfil de esta prueba está dentro de los límites propuestos, aún cuando codificaciones semejantes en pacientes psiquiátricas norteamericanas indican que son resultado de las dificultades que se tienen en el pensar, a las alucinaciones que la afectan y a la vida solitaria que lleva.

SUJETO # 7.      Primera Prueba:      842 ' 19637 - X 8:18:15

Segunda Prueba:      - - - - -

**Descripción médica:** Había sido una persona solitaria y pesimista en la que se desarrollaron trastornos en su proceso pensante, apareciendo ideas de referencia, mágicas y de perjuicio con alucinaciones visuales. En la actualidad está desorientada en tiempo y en espacio, continuando con su patología. Ha variado sus manifestaciones siendo sociable, cooperativista llena de ideas -

de grandiosidad y optimismo aún cuando su conducta es rara.

Primera Prueba: Esta paciente tiene problemas psicológicos significativos; es impulsiva, impredecible y rara, lo que le hace tener un mal ajuste social, pues desconfía de la gente y es incapaz de expresar sus emociones.

Segunda Prueba: No la realizó porque fué reintegrada al Manicomio General por petición familiar.

SUJETO # 8 Primera Prueba: 8672 ' 9143 - 2:13: 8

Segunda Prueba: 89 ' 67412 - 1:13:10

Descripción médica: Las funciones mentales son incoherentes e incongruentes, presenta amnesias, autorreferencias y alucinaciones visuales y auditivas. Hay trastornos en su conducta por problemas con la autoridad, siendo voluntariosa, desobediente, hostil y vengativa; desconfía de las personas, tiene fobias y es acomplejada.

Primera Prueba: Tiene un pensamiento inusual con temores e ideas paranoides. Se presenta como una persona solitaria, apática, e irritable, con muchos problemas de adaptación, siendo su rasgo emotivo principal la depresión.

Segunda Prueba: Su pensamiento es patológico y continúa manifestando sus ideas pranoideas, sus pensamientos inusuales llenos de temores y una conducta autista. Está funcionando dentro de un cuadro hipomaniaco que la hace aparecer irritable, anoréxica e insómnica.

SUJETO # 9. Primera Prueba: 8674 ' 92 - X 9:19: 8

Segunda Prueba: - - - - -

Descripción médica: En la actualidad se presenta con un pensamiento incongruente, alucinado, con ideas persecutoras, autorreferencias, fobias y compulsiones, estando desorientada en tiempo y en espacio. Su conducta es bizarra y deshonesta manifestándose con inconsistencias emocionales, pues de estados de gran irritabilidad cambia a un aplanamiento absoluto; es desconfiada y melancólica, llegando al autismo.

Primera Prueba: La paciente sufre de conflictos psicológicos significativos que la llevan a presentar estados paranoides por lo poco usual de su pensamiento, llegando por ende a una conducta bizarra, llena de tensión e irritabilidad, impredecible y con contradicciones en su inapropiada vida afectiva.

Segunda Prueba: Un estado de mayor desconfianza y agresividad impidió que se realizara la aplicación del segundo inventario.

SUJETO # 10. Primera Prueba: 86 ' 9271 - X 4:19:10

Segunda Prueba: 8471239 ' 6- X 11:16:20

Descripción médica: Teniendo como antecedentes una personalidad introvertida y triste, conflictos sexuales la exaltaron presentándose cambios inapropiados en su pensamiento y afectividad, llegando al autismo y a la despersonalización. Actualmente su pensamiento tiene un contenido confabulado, con autorreferencias, y una desorientación en tiempo y en espacio. Su conducta es

desconfiada, autista y melancólica con agitación motora y amnesias.

Primera Prueba: Indicios claros de problemas psicológicos significativos; presentándose un cuadro depresivo con una incapacidad para elaborar pensamientos adecuados por que contiene ideas paranoides. Es solitaria e hipersensitiva, siendo probable que se presenten alucinaciones.

Segunda Prueba: Existe un conflicto psicológico que tiende a ser manejado para presentarse adecuadamente, no obstante su conducta es rara, impredecible e impulsiva; su pensamiento tiene un contenido poco usual que le impide mantener una adaptación por lo que únicamente actúa en sus límites tendiendo a presentarse en una forma callada y solitaria.

SUJETO # 11. Primera Prueba: 86974 ' 2 - X 4:22:4

Segunda Prueba: 8697 ' 4 - X 3:24:2

Descripción médica: Personalidad introvertida que desarrolla una fase maníaca, por lo que es internada. En la actualidad mantiene una conducta cooperativista, pero usualmente está callada y preocupada; presentando amnesias temporales, y sus manifestaciones son a base de soliloquios y conducta compulsiva.

Primera Prueba: Existen muy agudos problemas psicológicos; no puede concentrarse y su pensamiento tiene contenidos paranoides y obsesivos. - Manifiesta una conducta cíclica, siendo amoral o totalmente controlada; es irri

table y solitaria, manejando su ansiedad con rasgos hipomaniacos como la agitación motora.

Segunda Prueba: Es reforzada la idea de que la paciente continúa presentando un cuadro patológico semejante al de la primera prueba, pero más exagerado, por lo alto del puntaje de la escala F.

SUJETO # 12. Primera Prueba: 89647 ' 12 - X 6:22:11

Segunda Prueba: 89674 ' 13 - X 5:22:14

Descripción médica: Después de aparecer sus crisis convulsivas, la paciente sufrió cambios en sus procesos mentales acompañados de una afectividad inapropiada. En la actualidad se presenta con un pensamiento fantasioso, lleno de incongruencias, confabulaciones y de ideas persecutoras. Su coordinación es torpe y se queja de constantes desajustes somáticos. Se manifiesta desadaptada socialmente con infinidad de rasgos irritables.

Primera Prueba: Hay conflictos psicológicos y significativos con la presencia de un cuadro hipomaniaco, ansiedad, hipertensión, irritabilidad, suspicacia, insomnios y variadas quejas somáticas.

Segunda Prueba: La descripción continúa indicando que la paciente se encuentra dentro de un cuadro esquizofrénico con menores rasgos hipomaniacos, pero ellos aún persisten.

SUJETO # 13. Primera Prueba: 89 ' 6471 - X 11:15:14

Segunda Prueba: 8269 ' 7143 - X 13:17:17

Descripción médica: En la actualidad la paciente se encuentra fuera de la realidad, desconfía de todo y se muestra muy perspicaz. Su pensamiento tiene un contenido bizarro, presentándose soliloquios y risas inmotivadas, su discurso es lento e incoherente, su conducta es rara, cruel, quejumbrosa y hostil, con una agitación motora y trastornos de conducta.

Primera Prueba: Presenta un cuadro en el que se notan sus conflictos psicológicos significativos, siendo ellos de tipo hipomaniaco, donde la desadaptación es manifestada con grandes descargas de agresividad en forma de enojo; su emocionalidad es inapropiada y su pensamiento presenta dificultad al realizar asociaciones.

Segunda Prueba: Hay una tendencia a aparentar más de lo que se es para ser aceptada con mayor facilidad, aún cuando existen conflictos psicológicos significativos, que producen una gran ansiedad que la lleva a la confusión y agitación, expresando una conducta bizarra y apática. Fuertes cargas depresivas la presionan, lo que provoca su aislamiento y pérdida de contacto con la realidad.

SUJETO # 14.	Primera Prueba:	8967	'	42	-	X	4:21:10
	Segunda Prueba:	894	'	6217	-	X	5:21:16

Descripción médica: Existen antecedente de una conducta exhibicionista y de prostitución, que la hicieron caer en procesos pensantes patológicos, con soliloquios, desorientación en su tiempo y en su espacio llegando a -

estados alucinatorios. En la actualidad se expresan sus ideas de grandiosidad, referencias, confabulaciones, soliloquios y fantasías. Tiene problemas de ajuste, siendo desconsiderada, irresponsable, odiosa y vengativa; su conducta es rara, melancólica e impredecible y continúa desorientada en tiempo y lugar, quejándose además de constantes problemas somáticos.

Primera Prueba: Existen conflictos significativos, presentándose un cuadro hipomaniaco con dificultades somáticas, irritabilidad y ansiedad. - Su pensamiento es poco usual, con ideas persecutoras que la hacen tender al aislamiento, pues desconfía de los demás.

Segunda Prueba: Los conflictos psicológicos siguen siendo significativos, presentando un cuadro semejante al anterior, pero sus problemas de ajuste personal se han agudizado.

SUJETO # 15.            Primera Prueba:     986 ' 4713 -            8: 9:14  
                                  Segunda Prueba:     68 ' 9427 -            X 5:19: 8

Descripción médica: Con un desarrollo normal, su personalidad era introvertida y dependiente; se inicia su patología cayendo en fases cíclicas euforia-depresión. En la actualidad se presenta con un pensamiento lleno de grandiosidad, fantasías, ideas persecutoras, desconfianza, confabulaciones y amnesias. Su conducta está manifiesta en una agitación motriz, fatiga constante, insomnios, presencia extravagante, soliloquios e irritabilidad.



nes sociales y mentales; su hostilidad la maneja transformándola en síntomas orgánicos.

## CAPITULO V

### CONSIDERACIONES GENERALES.

Después de haber llegado al fin propuesto del presente estudio, han surgido varias soluciones a nuestras dudas iniciales; pero otras han aparecido, por lo que consideramos que investigaciones posteriores con poblaciones psiquiátricas más numerosas son necesarias, para tener un adecuado uso del inventario.

Aparentemente el análisis de los perfiles y las codificaciones de los grupos estudiados denotan que la sintomatología descrita para ellos es comparativa con los rasgos descriptivos individuales de las pacientes que fueran aportadas por los psiquiatras de la institución donde se realizó el estudio, no obstante que los grupos presentaron condiciones diferentes a los grupos originales.

Desde un principio se estableció la diferencia cultural de las pacientes integrantes del grupo I, y a ello consideramos que se debe la dificultad que se tuvo para obtener perfiles válidos, (tan sólo un 16% del grupo lo consiguió). La escolaridad en ellas era precaria, habían pasado un tiempo considerable re-cluidas en instituciones mentales donde no habían tenido práctica en la lectura, a más de una acentuada falta de insight que les impedía comprender el contenido de los estímulos del inventario.

En el segundo grupo se elevó a un 60% el porcentaje de validez en los protocolos, ya que el nivel cultural de las pacientes y en contacto con la -

realidad eran menos anormales.

Es importante indicar que en pacientes como con las que hemos trabajado en el grupo I es muy difícil obtener datos confiables de cualquier prueba; no obstante, el MMPI determinó un perfil característico que se considera muy descriptivo del grupo, lo que nos soluciona uno de los propósitos iniciales, pues está brindándonos una buena ayuda sobre los rasgos patológicos que caracterizan a la enferma mental que se estudia.

Las investigaciones norteamericanas han tratado diversas clases de poblaciones psiquiátricas, siendo sus resultados altamente confiables y válidos, pues se correlacionan con los diagnósticos de los médicos; pero existe el grupo de los enfermos epilépticos en donde no se ha precisado la confiabilidad que reporta el MMPI, para que una codificación específica detecte los rasgos de este síndrome.

Nosotros hemos estudiado pacientes con este diagnóstico, pues sus codificaciones fueron válidas en términos generales y tenían puntajes elevados en la tétada psicótica; las hemos considerado en la misma forma que aquellas sujetos no orgánicas que presentan codificaciones con elevación en tales escalas.

Nuestra población, dividida en sus dos grupos, ha caído en codificaciones similares " 6-8 ", aún cuando sus características específicas difieren considerablemente.

El perfil que presentó mayor conflictiva corresponde a la primera --

prueba del grupo I; en la segunda prueba se presentan muy pocos cambios, siendo el más importante la disminución de puntaje en la escala F, lo que nos demuestra que se estaba operando un incremento en el poder discriminativo de las pacientes hacia el contenido de los items, no obstante de que continúan sufriendo fuertes conflictos psicológicos. El tiempo en la institución y el tratamiento ha que han sido sujetas no ha variado el cuadro descriptivo fundamental de ellas, pero algo está sucediendo en ellas, porque las puntuaciones de la segunda prueba indican una codificación menos elevada.

El grupo II se integró por pacientes cuyos niveles para adaptarse al mundo externo tenían grandes posibilidades, y así fueron detectadas por las escalas de validación del inventario, en el perfil general del grupo; aún cuando sus conflictos psicóticos las puede volver a hundir, pues se encuentran a niveles limítrofes.

Una vez analizadas las codificaciones y perfiles de los grupos estudiados, encontramos que no obstante que el inventario no había sido utilizado en nuestra población psiquiátrica, sus normas y descripciones son de útil aplicación pues se adaptan en general, a las pacientes mexicanas.

Nuestro estudio reporta un dato que puede tener aplicación a investigaciones futuras y es que los promedios de puntaje obtenidos en estos grupos psiquiátricos difieren del grupo original de "normales", de Minnesota; todos --

ellos se elevan a la anotación T 50 y las desviaciones 60 y 70, y éstas podrían marcar los límites particulares de cada grupo estudiado, variandose las marcas establecidas. Este dato debe ser investigado en poblaciones más numerosas para llegar a conclusiones definitivas, y ver si lo encontrado en las pacientes norteamericanas es lo adecuado también en México, o debe sufrir cambios los valores estadísticos del perfil, como se deja sentir en el estudio aquí presentado.

## C O N C L U S I O N E S .

1.- El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota puede ser aplicado a la población psiquiátrica mexicana alfabetizada; variando solamente el grado de confiabilidad de la prueba de acuerdo a la capacidad de insight que ella conserve.

2.- Las descripciones generales de los aspectos sintomáticos que estudia el MMPI, que caracterizan a las pacientes norteamericanas son comparables con las mexicanas, cuyas codificaciones son similares, por lo que consideramos que pueden ser utilizadas hasta nuevas investigaciones aquí.

3.- Debe lograrse que el inventario sea conocido e investigado en otros campos de México, para que llegue a ser tan válido y confiable como lo es en otras partes de América.

4.- Creemos que el objetivo inicial de encontrar una prueba lo suficientemente objetiva para dar los rasgos esenciales de la personalidad de los sujetos en estudio ha sido logrado en forma general, por lo que bastará únicamente adecuar ciertas particularidades técnicas y estadísticas en investigaciones más grandes en nuestro medio, para alcanzar el fin deseado.

5.- Si bien estos grupos psicóticos mexicanos semejan en su codificación de MMPI a las Norteamericanas, los límites de su variabilidad no se pueden considerar determinadas por esta investigación y, claro menos aún el grado

de sobreposición que puedan tener con poblaciones "Normales" de las mismas - características socioeconómicas, etc. Es la presente sólo una exploración preliminar a un aspecto del complicado problema total de la estandarización del MMPI pero tiene el mérito de seguir una metodología rigurosa.

## A P E N D I C E .

El siguiente apéndice brinda un ejemplo de la relación como puede ser cotejada una investigación de mayor población, de acuerdo a los adjetivos descriptivos que se dan para codificaciones similares.

Los datos que se reportan en la columna del MMPI fueron obtenidos de los que aparecen en las obras de Welsh-Dahlstrom y Mark's-Seeman, para las codificaciones ya determinadas. Estas han sido comparadas con las que brindaron los miembros del equipo psiquiátrico de la institución para dichas sujetos, y aparecen en la columna de adjetivos.

Aquellos rasgos que no se pudieron comparar, permanecen en las columnas extras de cada grupo.

Nosotros tan solo hacemos referencia de las codificaciones que se presentaron en más de dos pacientes del grupo I, siendo ellas: 68', 84' y 89'.

## CODIFICACION 68'

MMPI	ADJETIVOS.
1. Delusiones y rasgos paranoides.	Ideas alucinatorias, desorientada en tiempo, fantasías, autorreferencias, confabulaciones, soliloquios, incongruencias, ideas persecutoras, desconfiada.
2. Depresión.	Triste, melancólica, amargada, pesimista.
3. Apatía.	Terca, aplanada.
4. Hostil, irritable.	Enojona, irritable, problemas con la autoridad, vengativa peligrosa, agresiva sexualmente, voluntariosa.
5. Aislada.	Callada, mal adaptada.
6. Tensa, nerviosa, ansiosa, suspicaz.	Insomnios, remordimientos, aterrorizada, curiosa, ansiosa, preocupada, desorganizada, quejumbrosa, indecisa.
	Fobias, obsesiones, compulsiones, tics, -- amaneramientos.
	Religiosa, cooperativa, sociable.

## CODIFICACION 84'

MMPI	ADJETIVOS
1. Desajuste social, conducta impredecible.	Desobediente, desadaptada, problemas con la autoridad, inconsiderada.
2. Peculiar, rara.	Rara, tics.
3. Aislada.	Callada.
4. Irritable, impulsiva	Irritable, enojona, vengativa, hostil.
5. Nerviosa.	Indiferente, acomplejada.
6. Delusiones.	Desorientada en tiempo y en espacio, pensamiento inusual, desconfiada.
7. Depresión.	

## CODIFICACION 89' .

MMPI	ADJETIVOS.
1. Hipomaníaca.	Extravagante, parlachina, amnésica, amanerada, chismosa, llorona, agitada <u>motri</u> mente.
2. Hipertensión, ansiedad.	Quejumbrosa, preocupada, desorganizada, insomnios, irresponsable, aterrorizada, --desquiciada, remordimientos, fatigada, --acomplejada, indecisa.
3. Irritabilidad, agresividad.	Enojona, irritable, hostil, cruel, vengativa, falsa, voluntariosa.
4. Delusiones.	Ideas persecutoras, desconfiada, autorreferencias, fantasías, confabulaciones, <u>solilo</u> quios, grandiosidad, desorientada en tiempo y en espacio, incongruente.
5. Emocionalidad inapropi <u>a</u> da	Inmadura, atontada, inestable emocionalmente, aplanada.
6. Aislada.	Mal adaptada, callada, envidiosa.
Rara.	

## BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Essentials of Psychological Testing. L.J. CRONBANCH.  
( Segunda Edición, Harper & Row de Nueva York )
- 2.- An MMPI Handbook. W.G. DAHLSTROM y G.S. WELSH. 1962  
( Segunda Edición, Prensa de la Universidad de Minnesota )
- 3.- Psychological Assessment Techniques. C.F. DICKEN. 1962  
( Progress in Neurology and Psychiatry, Vol. XVII.  
Grune & Stratton, Inc. Nueva York ).
- 4.- Norms, Reliability and Forms of the MMPI. A.R. GILLILAND  
y R. Golgin. 1951.  
( Journal of Consulting Psychology, Vol. XV, No. 5 )
- 5.- The Physician's Guide To The MMPI. P.K. GOOD y J. BRANT-  
Ner. 1961.  
( Prensa de la Universidad de Minnesota. )
- 6.- Psychological Deficit in Squizophrenia. D. SHAKOW. 1963.  
( Behavioral Science, Vol. 8 No. 4 ).
- 7.- An Atlas For The Clinical Use of The MMPI. S.R. HATHAWAY  
y P. MEEHL. 1961.  
( Tercera Edición, Prensa de la Universidad de Minnesota.
- 8.- Manual of The MMPI. S.R. HATHAWAY y CH. McKINLEY. 1961.  
( The Psychological Corporation, Nueva York. )
- 9.- Adolescent Personality & Behavior. S.R. HATHAWAY y E. MO-  
NACHESI. 1963.  
( Prensa de la Universidad de Minnesota. )
- 10.- Theory and Technique of Assessment. J. LOEVINGER. 1959  
( Annual Review of Psychology, Vol. 10 . )
- 11.- Actuarial Description of Abnormal Personality. P. MARK'S y R.  
SEEMAN. 1962.  
( Prensa de la Universidad de Kansas)

- 12.- Diccionario de Psicología. H. WARREN EDITOR. 1948  
( Fondo de Cultura Económica, México- Buenos Aires. )
- 13.- Basic Readings on the MMPI in Psychology and Medicine. G.S.  
WELSH y W.A. DAHLSTROM. 1963.  
( Tercera Edición, Prensa de la Universidad de Minnesota. )