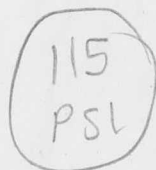


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA



ESTUDIO SOBRE LA TENDENCIA A LA SOMATIZACION CON ESTUDIANTES DE LA GENERACION 71 - 76 DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UTILIZANDO EL MMPI.

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

ELDA DEL CARMEN TERRES SPEZIALE  
MARIA GUADALUPE ZUNIGA VAZQUEZ



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.

NAM  
1976  
66  
Ej 2.

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION



REPORT OF THE DIRECTOR OF THE  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION  
ON THE MATTER OF THE  
INTERNAL SECURITY OF THE UNITED STATES

N-162020  
Page 380

AS REPORTED TO THE DIRECTOR OF THE  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION  
ON THE MATTER OF THE  
INTERNAL SECURITY OF THE UNITED STATES

A mis padres

Con cariño por fundar  
en mi corazón el entusiasmo  
de realizarme.

A mis hermanos

Jóse Luis, Laura, Juan,  
Victor, Miguel y Carlos  
Enrique.

Con los que participo -  
mi alegría.

01276



Con mi amor

A Gustavo.

A la maestra Emilia Lucio de Raggi  
con la gratitud que le guardamos -  
por ser la guía y conductora de es  
te trabajo; por el apoyo en los mo  
mentos más difíciles y la amistad  
que nos brindó.

Reconocemos las atenciones prestadas por el Dr. Nahum Martínez; director del Centro de Investigaciones en Procesamientos de Información en Psicología, al permitirnos utilizar sus servicios.

En reconocimiento a los doctores Eduardo Dallal y Alfonso Fernández Médicos del Hospital del ISSSTE; Unidad Tlalpan, al cooperar en forma tan atenta con nosotras.

Agradecemos la colaboración que nos prestaron en el departamento de Psicología médica, Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM.

# I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION	1
<u>CAPITULO I</u>	
Antecedentes	3
<u>CAPITULO II</u>	
Procedimiento o Diseño de la investigación	
a.- Objeto de la investigación	52
b.- Hipótesis	53
c.- Método	56
d.- Material	58
1.- Historia y Descripción del MMPI	63
2.- Administración	77
3.- Calificación	78
4.- Trazo del Perfil	79
5.- Codificación del perfil	80
6.- Confiabilidad y Validez	83
e.- Sujetos y Muestra	95
f.- Tratamiento Estadístico	98
<u>CAPITULO III</u>	
Resultados	104
<u>CAPITULO IV</u>	
Sumario y conclusiones	117
Consideraciones	123
<u>CAPITULO V</u>	
Bibliografía	143

## A P E N D I C E

### P E R F I L E S

- Perfil 1.- Media de cada escala sacada de una muestra de 23 mujeres. Cuando cursaban el 1er. Semestre. Muestra ISSSTE-PSIQUIATRIA.
- Perfil 2.- Media de cada escala sacada de una muestra de 23 mujeres. ISSSTE-PSIQUIATRIA. en 9º Semestre.
- Perfil 3.- Media de cada escala sacada de una muestra de 52 hombres cuando cursaban el 1er. Semestre; 1971. ISSSTE- PSIQUIATRIA.
- Perfil 4.- Media de cada escala sacada de una muestra de 52 hombres en 9º Semestre (1975) ISSSTE-PSIQUIATRIA.
- Perfil 5.- Media de cada escala obtenida en una muestra de 18 mujeres, cuando cursaban el 1er - Semestre PSIQUIATRIA-ISSSTE.
- Perfil 6.- Media de cada escala sacada de una muestra de 18 mujeres, en 9º Semestre. PSIQUIATRIA-ISSSTE.
- Perfil 7.- Media de cada escala obtenida de una muestra compuesta por 30 hombres en 1er Semestre (1971) Sacada de PSIQUIATRIA- ISSSTE.
- Perfil 8.- Media de cada escala obtenida de una muestra de 30 hombres en 9º Semestre (1975) --- PSIQUIATRIA-ISSSTE.

## T A B L A S

- Tabla 1.- Análisis de Varianza. Muestra ISSSTE-PSI--  
QUIATRIA.
- Tabla 2.- Análisis de Varianza. Obtenida en PSIQUIA--  
TRIA- ISSSTE.
- Tabla 3.- Resultado del Análisis de Varianza de la es  
cala 1 . Muestra ISSSTE- PSIQUIATRIA.
- Tabla 4.- Resultado del Análisis de Varianza de la es  
cala 2. ISSSTE- PSIQUIATRIA.
- Tabla 5.- Resultado del Análisis de Varianza de la es  
cala 3. ISSSTE- PSIQUIATRIA.
- Tabla 6.- Resultado del Análisis de Varianza de la es  
cala 7. ISSSTE- PSIQUIATRIA.
- Tabla 7.- Resultado del Análisis de Varianza de la es  
cala 1. PSIQUIATRIA-ISSSTE.
- Tabla 8.- Resultado del Análisis de Varianza de la es  
cala 2. PSIQUIATRIA- ISSSTE.
- Tabla 9.- Resultado del Análisis de Varianza de la es  
cala 3. PSIQUIATRIA - ISSSTE.
- Tabla 10.- Resultado del Análisis de Varianza de la es  
cala 7. PSIQUIATRIA - ISSSTE.

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

La observación constante de los alumnos, nos ha permitido suponer que es frecuente durante la realización de la carrera de Medicina, que el estudiante, al revisar algunos síndromes, tienda a sentirlos total o parcialmente como síntomas de sí mismo, produciendo en ocasiones ansiedad y sentimientos de malestar producidos por los conocimientos específicos que adquiere.

La idea fundamental al desarrollar este trabajo es tratar de conocer si existen elementos que actúan como tendencias significativas en la personalidad del estudiante que lo predispongan a desarrollar manifestaciones psicósomáticas de la ansiedad. Cuáles características de personalidad relacionados con esta sintomatología se acrecentan con los conocimientos de la carrera, lo que obviamente tenderá a aumentar la probabilidad de experimentar molestias a medida que avanza en sus conocimientos.

La utilidad de esta investigación radica en que al discutir los resultados obtenidos en las pruebas, los estudiantes conocerían sus tendencias a sufrir molestias físicas, existiría tal vez un aumento en la posibilidad

de que lo visto a lo largo de sus estudios se tomará con mayor naturalidad y permitirá a la vez un mayor desempeño en él mismo, en su carrera y en el ejercicio profesional. Esto se podría lograr en forma individual a través del servicio psicológico que ofrece "El Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental" u organizando grupos de psicoterapia breve para tratar de que los estudiantes resolvieran este problema.

Ya que la revisión de este aspecto de la personalidad podría ayudar a esclarecer las motivaciones del estudiante y a prevenirlo en relación a ellas, haciendo más consciente su decisión para ser médico.

Se considera que el alcance del presente estudio, es limitado por las características de la muestra utilizada en relación al número de alumnos y a sus condiciones particulares; por lo que el hacer generalizaciones implicaría, una comparación con otros grupos, poco exacta.



# C A P I T U L O I

## A N T E C E D E N T E S

En este capítulo pretendemos incluir la revisión de algunos estudios sobre somatización y personalidad, utilizando el MMPI; con el fin de tener una idea sobre aquellos estudios relevantes a esta investigación.

El Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), ha sido utilizado en distintos campos de investigación -- como, estudios sobre alcoholismo, drogadicción, homose-- xualidad, diferentes desviaciones de la personalidad, -- etc.

Sin embargo, en este capítulo, solo se hará mención sobre algunas de las investigaciones que se han hecho en Estados Unidos y México, con estudiantes utilizando dicha prueba.

Se han encontrado las que a continuación se citan:

H. Birnet Hovey (1970), en su investigación intitulada "Somatización y otras reacciones neuróticas en los\_ perfiles del MMPI", tenía como propósito principal, comparar los perfiles obtenidos por tres grupos de pacien-- tes "siconeuróticos", los grupos eran: 1) Somatización,

2) Reacciones de Conversión, 3) Reacciones de Ansiedad.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Veteranos de Salt Lake City. La muestra fué obtenida seleccionando solo a aquellas personas que habían sido enviadas a exámenes psicológicos, además de que en sus exámenes, observaciones, entrevistas y tratamientos, se observara una relación con quejas físicas.

Se aplicó el MMPI a 446 pacientes, sin embargo se eliminaron algunos de ellos por diferentes razones (incompletos, inválidados, etc.). El presente estudio incluye unicamente 199 casos clasificados en tres grupos con distinto diagnóstico psiquiátrico: a) 105 casos de reacción somática, b) 34 casos de reacciones de conversión, c) 60 casos de reacciones de ansiedad.

Los diagnósticos estaban fundamentados en estudios médicos, psiquiátricos, psicológicos, así como observaciones de la conducta mientras estaban hospitalizados. Los resultados psicológicos se obtuvieron de pruebas como el Rorschach, Wechsler Bellevue Intelligence Scale, - el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) con factor K agregado y un Inventario Autodescriptivo.

Los resultados del MMPI fueron obtenidos en punta--

jes T, se calculó la media aritmética o promedio, así como la desviación standard de cada una de las escalas para cada grupo por separado. Se obtuvo también la diferencia entre los grupos y el nivel de significancia de estas diferencias. La configuración del perfil para los casos de reacciones de ansiedad fue más alta que para los otros dos grupos. Los casos de somatización fueron más bajos generalmente que los de ansiedad pero más alto que el grupo de reacciones de conversión.

Esto indica que el grupo de reacciones de ansiedad se caracterizó por mayores disturbios emocionales, detectados por el MMPI, que los obtenidos por los otros dos grupos.

En el grupo de reacciones de conversión, los perfiles fueron aproximadamente normales, exceptuando las elevaciones en las escalas de Hipocondriasis e Histeria. Los casos de somatización quedaron en el lugar intermedio entre estos dos grupos.

Gough y otros indican que la severidad de los disturbios emocionales se refleja en la elevación de las escalas de depresión, hipocondriasis, esquizofrenia, y psicastenia del MMPI. La diferencia en estas cuatro esca-

las fue muy grande entre los tres grupos de esta investi  
gación.

Los estudios clínicos indican que aquellos pacien--  
tes a quiénes se les ha dado un diagnóstico de reacción\_  
de ansiedad, padecen de angustia subjetiva. Cuando se -  
les examinó padecían de quejas tales como nerviosismo in  
terno, sensación de presión en la cabeza, palpitaciones,  
sudor excesivo, sentimientos de desesperanza, etc.

Los pacientes con síntomas de reacciones de conver-  
sión expresaron menos tensión emocional. Los de reac---  
ción de somatización predominante, frecuentemente se que  
jaban de nerviosismo y problemas emocionales además de -  
sus características somáticas. Sin embargo, sus sínto--  
mas no eran lo suficientemente severos como para interfe-  
rir en las actividades diarias. Aunque cada individuo -  
en estos tres grupos se le dió una designación psiconeu-  
rótica, parece ser que la inconformidad emocional entre  
los pacientes con reacciones de conversión no fue mucho\_  
más excesiva que la observada entre los individuos norma  
les de acuerdo a la clasificación del MMPI. No obstante  
es posible que estos individuos desplacen sus tensiones\_  
emocionales desarrollando síntomas histéricos. Estos --

síntomas pueden servirles como una forma de adaptación - ante las situaciones angustiantes y como una protección\_ especial contra el aumento de la tensión. En apariencia los casos de somatización tuvieron menos éxito en ali---viar la angustia subjetiva a través de síntomas que invo lucran al sistema visceral. Así mismo los casos de reac ción de ansiedad, aparentemente tenían menos éxito para\_ aliviar la tensión, aunque muchos de ellos se caracteri zaban por tener síntomas hipocondríacos como una forma - de manifestar reacciones de ansiedad.

El presente estudio contiene alguna información re lacionada con los perfiles del MMPI como ayuda diagnósti ca. El perfil obtenido por el grupo de reacciones de -- conversión, parece ser bastante distinto.

Se llevó a cabo la suma del número de individuos -- que habían presentado perfiles con alto puntaje en las - escalas Hs y Hy, (siendo éstas las más altas): aproxima damente el 62% de los casos de reacción de conversión -- produjo este tipo de perfil así como el 46% de los ca---sos de somatización y solo el 8% de los casos de ansie--dad cayó en esta categoría.

La configuración del perfil para los casos de soma-

tización presenta como pico del perfil a las escalas Hs y como siguientes a las escalas D y Hy. Cerca del 41% - de los casos de somatización presentaron este tipo de -- perfil, 18 % de los de reacción de conversión y sólo se\_ observó ésto en el 7% de los casos de reacción de ansie- dad.

En la configuración del perfil para los casos de ansiedad las escalas más elevadas fueron la D, seguida por la elevación de las escalas Pt y Hs. Esta combinación - se observó en 23% de los casos de ansiedad, 4% de los casos de somatización y en ninguno de los casos de reac--- ción de conversión.

B.Hovey concluye que: "Es posible que los casos de reacción de conversión tiendan a adquirir sus síntomas - característicos antes de que la incomodidad emocional se vuelva más intensa."

"Mientras que los casos de somatización pueden ser - especialmente vulnerables a las disrupciones del sistema nervioso autónomo, antes de que la incomodidad emocional en ellos los incapacite."

"Por último, los casos de ansiedad tienden a desarro- llar quejas físicas solo después de que la angustia emo-

cional se vuelve severa."

En 1974, Stanley Sue y Derald Sue realizaron una investigación, utilizando el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) con el fin de comparar estudiantes Americanos descendientes de Chinos y Japoneses con estudiantes No Asiáticos estadounidenses, todos ellos pacientes de consulta externa de una Clínica Psiquiátrica Universitaria.

El objeto de este estudio fue comprobar las siguientes hipótesis:

- 1). Cuál de estos dos grupos de estudiantes utilizan menos los servicios clínicos psiquiátricos.
- 2). Qué grupo presentaba mayor elevación en las escalas del MMPI.
- 3). Qué grupo presentaba problemas relacionados con quejas somáticas, disturbios familiares e introversión social.

La muestra se sacó de 57 americanos descendientes de asiáticos; los que se clasificaron en los siguientes grupos:

Chinos (14 hombres y 17 mujeres).

Japoneses (7 hombres y 16 mujeres).

Koreanos (1 hombre y 2 mujeres).

A todos ellos se les aplicó en forma obligatoria el MMPI, al ingresar a la clínica. Sin embargo solo 48 de ellos lo contestaron en su totalidad por lo que este grupo se redujo a 18 estudiantes del sexo masculino y 28 -- del femenino; sin diferenciar entre descendientes de chinos y japoneses, formaron un solo grupo. Sus perfiles -- fueron comparados con un grupo control de 60 estudiantes de cada sexo; no asiáticos, seleccionados al azar de los que asistían a esa clínica.

Debido a que el número de estudiantes chinos y japoneses fue menor y a que las hipótesis se referían a ambos grupos, los puntajes T de los perfiles se combinaron diferenciándose únicamente en cuanto al sexo. La combinación de estos dos grupos, no implica que los chinos y japoneses sean similares en todos aspectos.

Se llevó a cabo la comparación estadística por medio del análisis de varianza; así mismo con el objeto de diferenciar entre perfiles psicóticos y neuróticos, se utilizó la fórmula de Goldberg  $L + Pa = Sc - Hy - Pt$ . Una puntuación arriba de 49 es considerado como indicativo --



de psicosis.

Los resultados se obtuvieron tomando en cuenta los valores de la cultura asiática.

1). Los americanos descendientes de asiáticos obtuvieron elevaciones más altas en las escalas del MMPI, -- que el grupo control. (Diferencia significativa en las escalas L, F, Hs, Pd, Pa, Sc, Si).

2). Los estudiantes americanos descendientes de asiáticos (chinos y japoneses):

- a. Reportaron un mayor número de quejas somáticas, como una forma de expresar problemas emocionales
- b. Presentaron más problemas familiares, debido a que los asiáticos nacidos en Estados Unidos se han acostumbrado a la sociedad americana, mientras que los padres no. Por lo que la diferencia en generaciones entre padres e hijos (puede ser tomada como una causa de estos conflictos).
- c. Reportaron mayor índice de introversión social debido probablemente a la forma reservada y seria en que fueron educados, lo que les impide en cierto modo establecer un gran número de relaciones de tipo social. Por otra parte se observó -

que experimentan sentimientos de soledad, aislamiento y rechazo. Todo esto en comparación con el grupo control. Este tipo de problemas refleja la cultura y los conflictos de los chinos y japoneses.

3). Se comprobó que los descendientes de chinos y japoneses utilizaban menos los servicios clínicos, se ha pensado que ésto se puede deber a los factores culturales que inhiben al estudiante a ir a consulta. Se observó que solo los estudiantes de origen asiático muy enfermos buscan ayuda.

Marsella, Kinsie y Gordon (1971), encontraron que los chinos somatizan sus reacciones depresivas.

Kitano (1969), cree que los japoneses presentan --- gran cantidad de síntomas psicósomáticos; sin embargo, --- señala que esta hipótesis no fue formalmente comprobada.

S. Block y C.J. Brackenridge (1971), realizaron una investigación cuyo objetivo principal era estudiar la correlación de las reacciones fisiológicas de ansiedad ex-

perimentadas en una situación de exámen, mediante uno de los test de ansiedad (TAS), que es un instrumento designado a medir niveles de ansiedad en situaciones de exámenes. Esta prueba mide dos componentes: el aspecto cognoscitivo y el emocional. El cognoscitivo se refiere a la preocupación experimentada durante el exámen, y el emocional se refiere a estados generales de excitación mediada por el sistema nervioso autónomo.

Además dos automediciones fueron incluidas en el presente estudio, cuyos instrumentos han sido usados por un número de investigadores para medir la ansiedad. Ellos han empleado un aparato parecido al termómetro, el que está dividido en un número de partes en las que los sujetos marcan para indicar la ansiedad experimentada.

Estas automediciones se emplearon para el estudio de las relaciones entre los metabolitos del cuerpo y los factores psicométricos que incluyen muchas variables bioquímicas.

Ambos datos bioquímicos y psicométricos fueron obtenidos inmediatamente después de un exámen oral, que consistía en una situación de la vida real.

El colesterol, cortisol, el ácido úrico, nivel de -

magnesio y hierro, fueron seleccionados por su aparente relación a la conducta.

Fueron seleccionados para el estudio 84 estudiantes de medicina cuyas edades eran entre 23 y 24 años, quienes habían presentado su exámen durante la mañana (se es cogió esta hora del día por la conocida variación en el cortisol del plasma), a estos estudiantes se les solicitó su ayuda para participar en la investigación explicándoles la importancia del mismo. De éstos solo 6 se negaron a cooperar, quedando 78 de los cuáles 67 eran hombres y 11 mujeres.

Se pidió a los estudiantes conseguir una historia clínica y hacer un exámen médico a un paciente durante un año. Después de ésto presentaron sus conclusiones a un grupo de tres sinodales, (dos médicos y un Psiquiatra), quienes los interrogaron por 30 minutos acerca del caso y cualquier otro aspecto relacionado con la medicina. Inmediatamente después del exámen se extrajo sange en un tubo conteniendo Heparina Litium y el plasma se separó - centrifugándolo. Las muestras se congelaron a 20 grados hasta el momento de analizarse.

Después de lo anterior, los estudiantes contestaron

un cuestionario adaptado del de TAS, en donde la ansiedad de la prueba se reflejó en preguntas tales como:

"hasta qué punto usted pensó qué tanto los otros estudiantes serían más brillantes que usted?"; "hasta qué punto se encontró usted pensando en cuáles serían las consecuencias al reprobador". Además preguntas relacionadas con el sudor, sentimientos de pánico y sentirse a disgusto. Todas estas preguntas fueron parte del factor emocional. También se les pidió que se auto-calificaran en el nivel de éxito que pensaban habían conseguido en el examen oral, y hasta qué punto sentían que sus emociones habían interferido en su actuación.

En cuanto a los resultados se encontró que a pesar del reducido número de estudiantes mujeres, los niveles de emocionalidad fueron más altos que en los hombres mientras que en el ácido úrico, se observó más alto en los hombres que en las mujeres.

El hallazgo de un nivel más alto de ácido úrico en hombres, comparado con el de la mujeres confirma una bien establecida observación encontrada por otros investigadores.

Un alto puntaje de emocionalidad en mujeres está de

acuerdo con los hallazgos de que las mujeres tienden a - obtener puntajes más altos que los hombres en escalas ta les como el neurotismo.

Las medias de auto medición que fueron usadas en el nivel de éxito que los estudiantes creyeron que habían - adquirido en su exámen oral, estuvo altamente correlacio nado con los dos componentes de la prueba de ansiedad, - el nivel de interferencia emocional y la actuación duran te el exámen.

El pesimismo de su experiencia durante el exámen es tuvo asociada con los puntajes altos tanto en preocupa-- ción como emocionalidad, y en menos grado sobre interfe-- rencia emocional.

Se encontró una relación entre el cortisol y la emo cionalidad que respalda el concepto de la respuesta adre nocortical frente a una situación tensa.

El cortisol se correlaciona positivamente con las - tres variables psicológicas, pero no en un grado impor-- tante. Sin embargo en el pequeño grupo femenino existió una importante relación positiva entre el cortisol y la interferencia emocional, la cual una vez más nos sugiere la involucración de lo emocional en vez de los componen-

tes cognitivos de la ansiedad durante el exámen.

Un alto nivel de colesterol en el plasma se encontró que estaba asociado con una baja automedicón de éxito obtenido en el exámen oral.

Aparentemente los estudiantes fueron capaces de evaluar su actuación bastante bien, el coeficiente de correlación lineal de .42 entre el exámen y la auto medicón de éxito fue de bastante importancia. De manera que es posible que los estudiantes que constantemente están --- conscientes de una actuación deficiente en su exámen relacionan bioquimicamente con altos niveles de colesterol

Los niveles de hierro en las mujeres estuvieron positivamente asociados con la auto-medicón de éxito. Levin encontró que en los hombres demostraban un descenso en el hierro bajo una tensión prolongada.

Los niveles de magnesio no se relacionaron con ninguno de las variables psicológicas.

En este estudio, el resultado más importante referente a la actuación fué la importante correlación en el ácido úrico.

Schofield (1955), quiso investigar la relación en--

tre las tendencias de la personalidad y el desempeño académico. Para esto comparó los perfiles del MMPI de los estudiantes del primer año de Medicina con los promedios finales de éstos al final del tercer año. Utilizó los puntajes en los exámenes de Educación Psicológica.

También hizo un estudio entre la relación del grado de cambio de personalidad entre el primero y el tercer año de Medicina, así como del rendimiento académico. Estos análisis se basaron en los datos de 83 estudiantes hombres que entraron a la escuela de Medicina de la Universidad de Minnesota en 1945. Las calificaciones de dichos exámenes las utilizó para dividir a los estudiantes en cuatro grupos, de los cuales se escogieron el más bajo y el más alto.

Comparó los promedios de los perfiles del grupo alto y del grupo bajo. Encontró diferencia significativa en las escalas Hy, Pd, Sc del MMPI. En general los estudiantes del grupo bajo tenían tendencias neuróticas y problemas en sus relaciones interpersonales y sociales.

Después separó a los estudiantes en dos grupos apareados en rendimiento académico; pero diferenciados por puntajes altos y bajos en las escalas Hy, Pd, y Sc, del



**MMPI.** Encontró que el grupo con puntajes altos en estas escalas tenía un rendimiento académico inferior que el grupo que tenía puntajes bajos, 90% del grupo con puntajes altos en Hy, Pd y Sc tenía promedios abajo de la mediana del HPR (1.75) del grupo.

La presencia de por lo menos una escala clínica elevada con un puntaje T arriba de 70, no probó ser predictiva de un rendimiento académico inferior.

Cuando comparó un grupo de estudiantes con puntajes elevados, con otros sin ninguna elevación, miembros de los dos grupos apareados por calificaciones en los exámenes de Educación Psicológica, encontró que los promedios de los dos grupos fueron idénticos.

Observó que la muestra de estudiantes apareados en las calificaciones de tales exámenes fueron muy diferentes con respecto a la cantidad de cambios en los perfiles del MMPI a los de tercer año. Los estudiantes más altos revelaron un cambio confiable en las calificaciones promedio de tres escalas (Mf, Sc y Ma). Así mismo, los estudiantes más bajos mostraron solo disminución en los puntajes de la escala Ma.

Al llevar a cabo una comparación entre los promedios

de los estudiantes con mayor cambio en los puntajes del MMPI del primer y tercer año; de los estudiantes con menor cambio, encontró que los dos grupos tenían idénticos promedios con gran coincidencia entre ambos.

Parece que cuando el rendimiento académico es constante, la probabilidad de logro en la carrera médica se vuelve menor, mientras las características psicopáticas y esquizoides medidas por el MMPI, son mayores.

Las limitaciones en el rendimiento académico y la admisión de estudiantes con desviaciones importantes --- (aún dentro de los límites normales) en las variables Hy, Pd y Sc parece que disminuyen el desempeño escolar en la carrera de Medicina.

Kneher y Kohl (1959), en el Colegio Médico de la Universidad de Cornell, donde se habían dado ayuda psiquiátrica por 22 años, quisieron diseñar un proceso para evaluar o predecir la presencia futura de problemas emocionales en los estudiantes de medicina, por lo que empezando con la generación 1951, iniciaron un estudio con el propósito de observar el ajuste de los estudiantes durante los años subsecuentes al entrenamiento médico, así como estudiar las características que hacen de una perso

na un buen estudiante y más tarde un buen profesionista.

Al hacer ésto, empezaron por incluir en los expedientes de admisión: entrevistas personales, historia familiar, calificaciones de los años anteriores y la prueba de admisión al Colegio Médico (MCAT). Aplicaron el MMPI a cinco clases de nuevo ingreso, las pruebas fueron calificadas por computadoras, más tarde se trazó el perfil. De estas cinco clases, tres de ellas terminaron el entrenamiento médico (249 estudiantes), obteniéndose una información completa del lugar en la clase, así como las notas, que el psiquiatra dió, de los estudiantes que recibieron tratamiento o consulta.

Se seleccionaron los perfiles del MMPI como normales o anormales por una persona que no tenía ningún conocimiento del rendimiento académico estudiantil. Se encontró que el 25.3% de los estudiantes, (63 de los 249), fueron considerados con una psicopatología significativa. De las tres clases, solo 37 estudiantes fueron tratados psiquiátricamente. Sin embargo, solo 18 de éstos mostraron perfiles anormales al principio del entrenamiento médico. Se correlacionaron calificaciones: escalas separadas del MMPI, escalas de status económico y escalas de -

control.

Se compararon cuatro grupos de estudiantes en relación con las calificaciones. Solo 15 obtuvieron calificaciones altas, 155 intermedios, otros 15 bajos y se dieron de baja 9. No se obtuvieron calificaciones significativas.

Se sacaron las medias de los perfiles del MMPI de estos cuatro grupos y aunque no fueron estadísticamente significativos, se observaron factores interesantes como una elevación de las escalas relacionadas con factores psiconeuróticos en los estudiantes con menos éxito académico y una elevación de las escalas con características hipomaniacas en los estudiantes con éxito. Al observarse los perfiles individuales, la escala 3 fue una de las más altas en 7 de los 9 estudiantes que se dieron de baja.

Las calificaciones del MCAT, se relacionaron con éxito académico y se encontraron correlaciones bajas pero significativas, por lo que se concluyó que los que predicen un mejor logro exitoso en la educación médica, son lo puntajes del MCAT y las características de la personalidad.

Hovey (1960), con estudiantes de enfermería y medicina, quiso estudiar la relación entre calidad de práctica hospitalaria, calificaciones en pruebas finales y perfiles del MMPI. Para lograr ésto el autor estudió un -- grupo de 137 enfermeras psiquiátricas en entrenamiento a las cuales les aplicó el MMPI al ingreso. Ocho supervisores dieron sus impresiones sobre la calidad de la práctica en el hospital. Las calificaciones finales se basa ron en las pruebas y en la evaluación de dicha práctica.

Encontró que las enfermeras tienden a producir un - perfil característico con una elevación predominante de la escala Pd, y la elevación secundaria de las escalas - Ma y Hy.

El autor separó la población en cinco grupos, según la calificación de su práctica: alto, medio y bajo y computando un perfil para cada grupo. En todas las escalas Pd dominó. La población la separó entonces, en tres gru pos iguales de acuerdo a las pruebas, obteniendo también una elevación dominante en la misma escala Pd. Después separó a 17 estudiantes que obtuvieron la calificación - final de A, y 18 que obtuvieron la calificación D . En- contró esta misma elevación en la escala Pd, que refleja

una tendencia en los antecedentes personales que motivan a muchas de ellas a buscar la carrera de enfermería.

En cuanto a la elevación de la escala Ma, las cinco características de mayor significancia fueron: facilidad para expresar oralmente, participación activa en discusiones de grupo, confianza en sí mismas, no reservadas y con iniciativa.

La elevación del Hy se correlacionó significativamente con amistad, cooperación, jovialidad y mayor inmadurez. Encontró también que a mayor desajuste emocional de las enfermeras, la efectividad personal, de éstas baja.

Benno G. Fricke, realizó un estudio cuyo propósito fue presentar los puntajes del MMPI de una muestra homogénea de histéricas conversivas clínicamente diagnosticadas, y en especial enfatizar el resultado sobre el coeficiente de correlación ( $r$ 's) cuando han sido aplicadas -- las correcciones en las escalas clínicas.

La muestra consistió de 63 mujeres a las que se les diagnosticó bajo neurosis tipo histeria de conversión; se les aplicaron las pruebas del MMPI desde 1943 en el -

Hospital de la Universidad de Minnesota. Los datos se obtuvieron de los archivos del Dr. Hathaway, se utilizaron todos aquellos casos en los que no se presentaron elevadas las escalas L, F, y K.

Ninguno de estos 63 casos, habían sido utilizados en la validación original de la escala Hy. La mayoría de los pacientes a su llegada del hospital resolvieron la prueba en forma individual aunque una minoría lo hizo en grupo.

El procedimiento se llevó a cabo de la siguiente manera: las calificaciones en cada caso se obtuvieron para las 36 variables enlistadas en la tabla I (se debe notar que la escala Hy recibió varias correcciones en su calificación).

Probablemente el hecho más importante expuesto en la tabla I, fue que las puntuaciones T más altas de las 63 históricas conversivas fué de 67.54 obtenida sobre Hy, indicando la gran validez del MMPI. El segundo puntaje más alto fue 65.60 con K agregada en Hs. Para las 63 históricas la correlación entre Hy y Hs con K agregada, es .82, y entre Hy y Hs sin la corrección de K, es de .70. Aunque la corrección de Ka ha disminuido la inde--

pendencia de las escalas clínicas su utilidad ha sido --  
 adecuadamente demostrada. Por último, la calificación o  
 puntaje T media para las 9 escalas es alrededor de 60.

T A B L A I

TABLE 1. MEANS AND STANDARD DEVIATIONS FOR 63 CONVERSION HYSTERICS

MMPI Variable	Statistic		MMPI Variable	Statistic	
	Mean	SD		Mean	SD
1 ?-T	50.68	2.66	19 Pa-T	55.70	9.56
2 ?	14.98	16.17	20 PA	9.95	3.49
3 L-T	58.21	7.63	21 Pt+1.0 K-T	59.35	9.98
4 L	6.41	2.71	22 Pt+1.0 K	30.79	6.16
5 F-T	54.76	7.67	23 Pt	13.48	9.74
6 F	4.60	4.48	24 Sc+1.0 K-T	61.70	10.53
7 Hs+.5K-T	65.60	12.90	25 Sc+1.0 K	30.21	6.90
8 Hs+.5K	20.97	6.55	26 Sc	13.21	9.40
9 Hs	11.75	7.06	27 Ma+.2K-T	54.63	10.83
10 D-T	59.19	11.80	28 Ma+.2K	18.73	4.50
11 D	25.00	7.74	29 Ma	14.90	5.17
12 Hy-T	67.54	11.97	30 K-T	59.7	11.52
13 Hy	28.71	6.85	31 K	17.5	6.26
14 Pd+.4K-T	60.05	16.45	32 B	26.5	7.56
15 Pd+.4K	23.19	4.63	33 Hy+.8B	49.5	8.97
16 Pd	16.25	4.64	34 Hy+.6B	44.6	8.06
17 MI-T	57.35	10.08	35 Hy-.8K	14.89	8.29
18 MI	32.89	5.00	36 Hy-.6K	18.32	7.70



El MMPI también se ha utilizado en el área de asesoramiento o consejo; por este motivo consideramos que es interesante conocer algunos estudios como por ejemplo, - el estudio realizado por Drake para entender con más precisión la técnica del MMPI y los usos que de esta prueba se derivan.

Este estudio es realizado en un medio universitario. El autor piensa que el objetivo principal del asesoramiento es ayudar al consultante a desarrollar un entendimiento realista de él mismo y del medio en que se desarrolla. Drake puntualiza en su trabajo que es difícil - construir hipótesis de los esquemas del MMPI para asesoramiento, ya que una de las críticas que se han hecho a las escalas de este instrumento fueron derivadas de los estudios de conglomerados clínicos, y las descripciones de los esquemas fueron puestos en términos de comportamiento perturbados, sin embargo, se especifica que las diferencias entre las personas perturbadas y las que se encuentran dentro de la normalidad estadística dan diferencia de grado y no de clase.

En la universidad de Wisconsin se llevaron a cabo varias investigaciones con el objeto de saber como ope--

ran las escalas en patrones del MMPI. Estas se realizaron en 2634 estudiantes del sexo masculino y 1564 del sexo femenino. Los puntajes obtenidos fueron codificados por el método de Hathaway y las tablas de frecuencia de las combinaciones de codificación de escala. Fueron computadas por el total de hombres y mujeres.

De la intercorrelación entre las escalas del MMPI, solo 650 y 700 combinaciones de patrones de escalas hicieron su aparición; de esta forma se obtuvieron métodos más precisos de observación.

Los resultados obtenidos por Drake en esta investigación no fueron respecto a las escalas de validez, L, K, F, mismas que valora la exactitud y veracidad de las respuestas de los sujetos al inventario, no fueron incluidas para los análisis en los estudios; únicamente se usaron para descartar ciertos esquemas antes de que los estudios fueran empezados.

Respecto a las Escalas Clínicas, encontró lo siguiente:

#### Escala Uno (Hs)

Hombres: En el grupo universitario fueron menos frecuentes los patrones que incluyeron una codificación alta en

esta escala, por lo tanto no estuvieron relacionados con los problemas que surgieron en el asesoramiento.

Mujeres: Existe la evidencia que la escala uno está operando como indicador de síntomas hipocondríacos en las asesoradas mujeres.

En la escala uno codificada como baja, tanto en hombres como en mujeres, parece intensificar los mismos problemas sugeridos por las codificaciones altas.

#### Escala 2 (D)

Hombres: Los patrones con esta escala codificada alta, - fueron también indicativas de infelicidad o depresión.

Mujeres: En este grupo la elevación de la escala dos además de ser indicadora de depresión, refleja ansiedad, -- falta de confianza en sí misma, así como falta de habilidades con el sexo opuesto.

#### Escala 3 (Hy)

Hombres: La derivación de esta escala estuvo basada en - los pacientes que aparentemente habían desarrollado en--fermedades físicas o psicológicas como una solución a su problema. Una baja codificación de la escala tres no diferenció cualquiera de los grupos y por ende no parece - ser un factor significativo en el presente, en la inter-



pretación de los esquemas MMPI para los asesorados hombres. Tanto para las mujeres y los hombres cuando esta escala está codificada alta parece ser indicativo de una falta de problemas sociales. Una codificación baja de la escala tres es probablemente de poca importancia al interpretar los esquemas MMPI para las asesoradas mujeres.

Escala 4 (Pd).

Mujeres: En este estudio se encontró un grupo de mujeres comparado al de hombres descritos como agresivos o beligerantes.

Escala 5 (Mf).

Hombres: La puntuación elevada en esta escala entre los hombres es frecuentemente una postura educacional debido a la naturaleza combinada de la escala. En los estudiantes universitarios la escala cinco generalmente no codificó baja.

En la interpretación de los patrones esta escala puede sugerir un problema respecto a las tendencias agresivas, la falta de motivación académica al igual que dificultades en relación con el hogar.

Mujeres: La codificación baja frecuente en este grupo,

parece encajar en un concepto más o menos general de feminidad.

#### Escala 6 (Pa).

En este estudio la codificación baja puede reflejar insensibilidad personal.

Mujeres: una codificación baja puede indicar una falta de sensibilidad personal a las reacciones de otras. Cuando codifica alto en algunos patrones se sugiere una sensibilidad con respecto a algún defecto físico.

#### Escala 7 (Pt).

Hombres: En este estudio, un alto puntaje en esta escala parece estar relacionada con los estados de ansiedad general. Por lo general no ocurrió una codificación baja de la escala siete, en este grupo y cuando esto ocurrió, se tomó como indicativo de un buen ajuste.

Mujeres: Para este grupo, esta escala se relaciona con sentimientos de inseguridad, en combinación con otras, sugiere cansancio, insomnio, timidez e inseguridad social.

En los universitarios la codificación alta tanto en hombres como en mujeres es a menudo indicativo de reacciones intensas y de problemas personales.

### Escala 8 (Es).

Hombres: En esta escala se pueden observar alteraciones en el pensamiento.

Mujeres: Se aprecia una perturbación más severa en la -- puntuación elevada de esta escala, en las mujeres que en los hombres.

### Escala 9 (Ma).

Mujeres: En las estudiantes, esta escala codificada alta con otras y especialmente con la cero (0), fue asociada con comportamiento verbal y una salida social.

La codificación baja en la escala nueve en las mujeres es indicativa de timidez social.

### Escala 0 (Intro-Extro).

Hombres: Altos puntajes en esta escala se encontraron en personas introvertidas, tímidas, inseguras y aisladas.

No obstante una codificación baja de cero indica un ajuste social adecuado.

Mujeres: Escala cero, elevada sugiere timidez social, inseguridad con el sexo opuesto con falta de confianza en sí misma que pueden deberse en sus relaciones heterosexuales. Cuando codifica baja parece indicar un buen ajuste. En las mujeres la habilidad para ajustarse so---

cialmente parece extenderse a las relaciones con los padres, mientras que en los hombres la baja codificación de esta escala nos sugiere liberación de los conflictos con los padres.

En México se han hecho algunas investigaciones sobre médicos y enfermeras.

Labrandero y Ramírez Moreno (1974), estudiaron las reacciones adaptativas de un grupo de médicos y enfermeras sometidos a la tensión continua del trabajo en una unidad de terapia médico-intensiva.

Los investigadores estudiaron a 31 miembros del personal de esta unidad por medio de la prueba MCU, que investiga los rasgos dinámicos del carácter, con el MMPI y a través de entrevistas personales. Para la interpretación del MMPI, la población se dividió en médicos y enfermeras.

La aplicación e interpretación de la prueba MCU, se efectuó siguiendo la metodología y esquema teórico expuesto por Hinojosa en su estudio sobre el análisis psicológico del estudiante universitario.

De las 31 personas investigadas, hubo falta de coo-

peración por lo que a 8 se les aplicó la prueba MCU. Las orientaciones predominantes del carácter fueron la explotadora y la acumulativa.

Los rasgos principales de este tipo de caracteres son los que mejor se adaptan a las peculiaridades de este trabajo.

En cuanto al MMPI, contestaron 21 personas solamente. A 11 enfermeras se les aplicó. Las personas de este grupo se encontró que tienden a entrar en asiedad fácilmente frente a situaciones de presión, mostrándose entonces desorganizados. Su autoconcepto se encontró devaluado, predominando los sentimientos de minusvalía y desadaptación. Otras de las manifestaciones de que pueden interpretarse se refieren a la utilización de síntomas físicos para evadir situaciones conflictivas y a la utilización frecuente del aislamiento social como medio de evitar conflictos. En los perfiles, las características predominantes se refieren a sentimientos de inferioridad y frustración, tendencia a preocuparse exageradamente, deseos de aparentar apego a las normas convencionales de tipo social, para sentirse aceptados, así como con dificultad para entablar relaciones interpersonales gratifi-



cantes. El perfil colectivo del grupo médico, se obtuvo con 10 pruebas. Las características en términos generales indican una adaptación más adecuada al medio ambiente. Se obtuvieron entrevistas individuales con la mayoría de las personas que se sometieron a las pruebas encontrándose una correlación estrecha entre los datos encontrados en las pruebas y en las entrevistas.

Se concluyó que el ambiente físico y las condiciones particulares de la sala crean en el personal reacciones de angustia y tensión que los afectan en sus actitudes caracterológicas, equilibrio emocional y aceptación positiva hacia su trabajo.

Avila Izaguirre y Sánchez, realizaron otra investigación en 1970, con el objeto de establecer normas de calificación para el MMPI en adolescentes mexicanos. El estudio se efectuó con 911 alumnos de la Escuela Nacional Preparatoria UNAM de los cuales 239 eran mujeres, 672 hombres cuyas edades fluctuaban entre 15 y 22 años y su nivel de escolaridad varió entre el 4° y 6° años de bachillerato.

El perfil general del MMPI de estos sujetos, mostró

una elevación en las escalas 2 (depresión) y 8 (esquizofrenia) en base a esto. Las conclusiones a las que se llegaron fueron que el adolescente mexicano tiende a ser individualista, con intereses filosóficos y religiosos, desconfiados y muestran con frecuencia un exceso de preocupación y sentimiento de culpa.

Sin embargo, estos resultados no pueden generalizarse, ya que el estudio se limita a un tipo especial de la población adolescente mexicana, cuya escolaridad fué únicamente a nivel preparatoria con edades entre 15 y 22 -- años y miembros todos de una población urbana.

En 1971, Lastiri realizó otra investigación cuyo objetivo principal fue estudiar la triada neurótica del -- perfil del MMPI en 800 adolescentes mexicanos buscando -- diferencia entre 4 grupos socio-económicos.

La muestra consistió en 400 sujetos del sexo masculino y 400 del sexo femenino, sus edades fluctuaron entre 14 y 18 años, y la escolaridad oscilaba entre el 6° de primaria y el 6° de bachillerato. En cuanto al nivel socio-económico, se clasificó de la siguiente manera: nivel socio-económico alto, medio, bajo superior y bajo inferior.

Las conclusiones a las que se llegaron fueron que - el nivel socio-económico alto, presenta la menor elevación en las escalas 1, 2, 3 del MMPI, tanto en el grupo masculino como el femenino, en comparación con las otras tres clases socio-económicas. La mayor puntuación de dichas escalas se observó en la clase baja superior en ambos grupos.

Lastiri encuentra así mismo diferencias significativas entre el grupo femenino y masculino, en los 4 grupos socio-económicos antes mencionados.

El grupo femenino mostró un perfil más elevado en la triada neurótica, lo cual fue interpretado como la presencia de rasgos neuróticos en la adolescente mexicana debido posiblemente, a que la mujer se ve sometida en nuestra cultura.

Los resultados del estudio tampoco pueden generalizarse, ya que la población presenta características especiales, como tener un nivel de educación media y habitar en un medio urbano.

Otro estudio realizado dentro de la UNAM en 1971, fue el que tuvo como objetivo encontrar la correlación -

existente entre dos pruebas detectoras de rasgos de personalidad. La primera, llamada Inventario de Valores de Hartman, la cual tiene su fundamentación en una teoría axiológica y la otra el MMPI fundamentada en las teorías psicológicas.

La hipótesis principal en este trabajo, tiene dos puntos: si los rasgos de personalidad corresponden a una forma determinada de valorar a un individuo en consecuencia, existen correlaciones significativas entre las escalas del MMPI y las de HVI.

El estudio se efectuó en 67 alumnos todos ellos del sexo masculino, solteros que cursaban el primer año de medicina en la UNAM, con una edad promedio de 19 años. Se les aplicó ambos inventarios, en el primer semestre del año escolar de 1969, siendo la asistencia voluntaria, en el que 7 de ellos no contestaron completos sus protocolos por lo que la muestra se redujo a 60 sujetos.

Se encontró en los resultados que las correlaciones más significativas se observan entre las escalas clínicas del MMPI y las escalas correspondientes a la segunda parte del HVI (dimensión intrínseca, dimensión sistemática), ésto puede deberse a que el enfoque principal del -

MMPI, es un intento autodescriptivo de la personalidad y la orientación hacía la valoración de las propias experiencias en la segunda parte del HVI. Por lo que la hipótesis de trabajo fue aceptada en sus dos puntos, ya que se encontró un gran número de correlaciones entre las escalas de los inventarios.

Como se observó en este estudio, la escala 7 correlaciona significativamente con las escalas DIF y DIS de la 2a. parte del HVI. Drake y Otting (1959), así como Netuy (1968), observan que la escala 7 está relacionada con estados de tensión y angustia por lo que es posible que exista en el sujeto confusión acerca de su propio valor e incapacidad para juzgarse adecuadamente.

Otro aspecto importante es: la escala 1 del MMPI es la que correlaciona con el mayor número de escalas de HVI, lo cual posiblemente se debe a la gran preocupación de los sujetos por sus propios conflictos.

Por otro lado, la escala DIS de la 2a. parte del HVI, correlacionó muy significativamente con la escala 2 y 7 del MMPI, lo cual parece indicar que la falta de capacidad de un individuo para estructurar su propio sistema valorativo está en relación con un excesivo estado de

tensión e inseguridad en sí mismo.

En el departamento de Psicología Médica Psiquiatría y Salud Mental, el cual depende de la Facultad de Medicina UNAM, el Dr. Pucheu y colaboradores, llevaron a cabo una investigación que consistió en realizar una labor de prevención de psicopatología con el objeto de identificar estudiantes sospechosos a sufrir alteraciones psíquicas y de esta manera poder hacer un diagnóstico precoz. A este estudio se le llamó "sistema detector de psicopatología".

La muestra se sacó de alumnos que recientemente habían ingresado a la facultad de medicina en 1969, a los que se les aplicó el MMPI en forma colectiva y voluntaria cooperando un total de 1531 alumnos., 1183 del sexo masculino y 348 del sexo femenino, siendo la edad promedio de 19 años.

Los puntajes obtenidos en esta población se normalizó a T50; se crearon 4 normas, la número 1 para distinguir a los grados 1 del 2; la número 11 para distinguir los grados 2 del 3; y la número 111 para seleccionar a los grados 3 del 4; la otra norma fue de validez.

Las normas para la calificación de los perfiles en grados de psicopatología fueron programadas a la computadora, obteniendo con ello el grado de psicopatología de cada alumno. Los resultados obtenidos pueden manejarse en forma colectiva, permitiendo dar una imagen de la psicopatología de la población estudiada y en forma individual, logra obtener una visión más clara del individuo alterado y efectuar un diagnóstico precoz con el fin de orientarlos en relación a sus problemas de tipo emocional.

Las conclusiones a las que se llegaron fueron:

1). Que el separar perfiles "sanos" de enfermos se puede lograr por medio de este método, especialmente --- cuando la población se estandariza.

2). Que los perfiles de psicopatología clasificados bajo los grados 1 y 2 corresponden a estudiantes considerados como muy probables de sufrir desórdenes severos de psicopatología.

3). Descartaron la idea que los estudiantes clasificados bajo los grados 3 y 4 necesiten ayuda.

4). Consideraron que para detectar psicopatología desde un punto de vista comparativo, es necesario estan-

darizar la población en la cual el método se aplica a --  
través de la media estadística y la desviación standard\_  
de cada escala del MMPI.

En la UNAM, se efectuó una investigación con el ob-  
jeto de exponer las características de personalidad de -  
los estudiantes de Psicología, a través del MMPI con el\_  
fin de colaborar a la detección de los desórdenes (de la  
personalidad) como una labor preventiva.

Se eligió para llevar a cabo este estudio a los ---  
alumnos que ingresaron a dicha facultad en 1973, indicán-  
doles que era voluntario contestar el cuestionario. El  
número total de sujetos a quienes se les aplicó fueron -  
367, de donde 168 hombres y 199 mujeres, con edades fluc-  
tuantes entre 18 y 25 años.

La aplicación se hizo en forma colectiva, siendo és-  
ta de una sola sección por grupo. Las pruebas fueron ca-  
lificadas por medio de una computadora, posteriormente -  
se obtuvieron los resultados correspondientes al perfil\_  
de Minnesota, y el perfil normalizado para la población\_  
de Psicología.

Se establecieron 4 diferentes grados de Psicopatolo



gfa: En el grado número I quedan clasificados todos los sospechosos a sufrir el grado más alto de alteraciones en la personalidad; en el grado número IV quedan situados los que comparativamente poseen menos grado de alteración en la personalidad. Los número III y II se emplean para ubicar grados intermedios.

La hipótesis de trabajo en la cual se basó esta investigación es: "existen características específicas de personalidad en el perfil del MMPI en el estudiante de Psicología", la cual fue corroborada. Ya que en toda la población se vió elevadas escalas 8 y 7. En cuanto a las hipótesis secundarias se cumplieron:

1. Más del 15% de los estudiantes de Psicología tienen por lo menos dos escalas del perfil MMPI arriba de T80, la cual nos indica que poseen características patológicas elevadas (8, 7, y 4).

2. Hay una diferencia de características de personalidad en el grupo de hombres y de mujeres en los estudiantes de Psicología.

El Dr Rafael Núñez realizó una investigación sobre "el estudiante Universitario", utilizando como instrumen

to el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.

El propósito de este trabajo fué tratar de describir al universitario como un grupo diferente de otros, - es decir, referirse a las características que se encuentran con mayor frecuencia entre los universitarios, partiendo de la base de que no existe el estudiante universitario típico.

El estudio se realizó con 230 estudiantes de sexo masculino de nuevo ingreso cuyas puntuaciones promedio encontradas en este grupo fueron comparadas con la puntuación normal de Minnesota, sacada de una muestra representativa de la población normal adulta. Observándose que en relación a esta muestra, la desviación del grupo de los estudiantes no fué excesiva.

Se encontró la interpretación siguiente: las escalas F, L y No puedo decir?, no ofrecen desviación significativa.

Escala K: Se observa que el estudiante universitario parece ser ligeramente más defensivo que el promedio de las personas. Debido a las consecuencias existentes al ofrecer la opinión de sí mismo por lo que es lógico -

que frecuentemente niegue cualquier tipo de problema que se le presente.

Escala 1: El estudiante universitario es similar al grupo normal, ya que no manifiesta quejas o dificultades de tipo hipocondríaco.

Escala 2: Respecto a esta escala, se encontró que el estudiante universitario no es ni más ni menos depresivo que la gente normal adulta.

Escala 3: En esta escala se le percibe al estudiante universitario como ingenuo, soñador e idealista, el cual en ocasiones substituye las situaciones a sus deseos y necesidades; utilizando el mecanismo de racionalización.

Escala 4: La puntuación alta en esta escala indica que el universitario tiende a rechazar a su familia, ---pués tratan de liberarse de dicha protección. Se encuentra desorientado e indeciso entre abandonar los valores establecidos por sus padres y el aceptar los valores de su grupo, es impulsivo aunque esta impulsividad disminuye en el transcurso de los últimos años escolares.

Escala 5: La elevación en esta escala indica que el universitario es sensible, capaz de reaccionar al senti-

miento de los demás, así como socialmente alerta y consciente.

Escala 6: En realidad con esta escala se indica que el universitario tiene poca tendencia a culpar a los demás por sus dificultades, esto se percibe a la realidad con bastante esclarecimiento.

Escala 7: La elevación leve en esta escala indica que el universitario se encuentra angustiado y tenso porque se da cuenta de la realidad externa, tiene que enfrentar situaciones nuevas, académicas y difíciles, así como el expresar en forma aceptable conducta agresiva y sexual. No obstante sus verdaderas dificultades son de naturaleza interna.

Escala 8: La elevación en esta escala se refiere a la capacidad que posee el estudiante o para manejar conceptos abstractos y filosóficos, así como de su creatividad y originalidad.

Escala 9: De acuerdo con esta escala se indica que el universitario es impulsivo y enérgico, tiene un gran sobrante de energía que puede canalizar en forma apropiada. Sin embargo, cuando es utilizada no adecuadamente, se puede observar conducta destructiva. En algunos estu

diantes esta tendencia a la expresión no controlada de -  
energía es más pronunciada que en otros.

En la Universidad Ibero Americana (1975), el Dr. Ro  
berto Navarro, realizó un estudio con el fin de investi-  
gar las características de personalidad y las activida--  
des de jóvenes (hombres y mujeres) pertenecientes a gru-  
pos de orientación vocacional (OU) primer ingreso (PI) y  
cambio de carrera mediante comparaciones de los puntua--  
jes T obtenidos por estos jóvenes en las escalas del --  
MMPI. Se escogieron al azar 180 sujetos en total (90 se  
xo masculino y 90 sexo femenino). Todos con edades de -  
18 a 21 años en ambos grupos.

Sacó medias de las edades y de inteligencia y proce-  
dió a calcular los puntajes T de cada sujeto de 13 esca-  
las básicas del MMPI, las 13 escalas del contenido desa-  
rrollada por Wiggins y seis índices basados en investiga-  
ciones estadísticas y factoriales.

Según los resultados, los grupos de OV y CC fueron\_  
muy semejantes entre sí. A las personas de primer ingre-  
so (PI) se les consideró como relativamente correctos, -  
capaces de cooperar, así como realistas. Sin tantos con  
flictos con la autoridad, ni tanta insatisfacción perso-

nal e impersonal como los grupos de OV y CC.

El grupo de OV y CC en comparación con el grupo de PI presentaron experiencias de pesimismo, alineación social, inconformidad, inmadurez e inestabilidad emocional las que parecen dificultar una adecuada elección de la carrera.

Respecto al sexo, los hombres presentaron mayor impulsividad, insatisfacción general y conflictos emocionales que las mujeres.

En la U.I.A. se llevó a cabo otro estudio, bajo la dirección del Dr. Navarro diseñado con el propósito de investigar las influencias del sexo, la edad y el nivel de inteligencia, sobre los puntajes T de las escalas (13) del MMPI en una muestra de jóvenes mexicanos.

La población para este estudio, se obtuvo del Centro de Orientación Psicológica de dicha universidad, en donde se aplica el MMPI en las baterías de tests de orientación vocacional, a los alumnos que lo solicitan.

Se escogieron al azar 24 perfiles de estudiantes del sexo masculino y 24 del femenino para cada uno de los niveles de edad: 14-15 años, 16-17, 18-19, 20-21, -

22-23, 24-25. Se obtuvo de esta forma un total de 288 - sujetos de los cuales 144 eran hombres y 144 mujeres. Ningún perfil fue excluido.

Se utilizó el análisis de varianza para cada una de las escalas del MMPI. En la escala 5 se planearon comparaciones separadas para mujeres y hombres según el nivel de edad.

Los resultados del A. de varianza, indicaron que la diferencia en cuanto al sexo entre los puntajes T, alcanzaron un nivel significativo en las escalas 2,3,5,7,8 y 9 respecto a los hombres y en las escalas L, K y O en relación a las mujeres. Siendo las diferencias más notables debidas al sexo en las escalas 2 y 7.

Se obtuvieron efectos significativos de edad muy consistentes en las escalas L, F, K En donde se observó que el puntaje F disminuyó significativamente con la edad, no así para L y K, donde la relación fue directa, -ésto es a mayor edad, puntaje T más elevado.

En las escalas diagnósticas del MMPI se apreció --- cierta tendencia irregular en la escala 3, puntajes más elevados con mayor edad.

Se observó relación inversa ante la edad y el punta

je en las escalas 7, 8, 9 y 0.

Fueron de mayor magnitud los efectos significativos de los niveles que los debidos al sexo.

Unicamente la escala 5 mostró diferencias significativas asociadas con los niveles de inteligencia. El puntaje más elevado (en la escala 5), correspondió al nivel de inteligencia alto, el puntaje intermedio al nivel de inteligencia bajo y el puntaje más bajo al nivel de inteligencia medio.

Otra investigación reportada por Carmen Suárez en la U.I.A. (1968), fue la validación de la escala MF del MMPI en un grupo de estudiantes universitarios mexicanos; a través de un criterio externo específico.

Para este fin se escogieron 196 estudiantes de Arquitectura y 100 de Ingeniería, regulares del 2° Año, todos del sexo masculino, solteros cuyas edades fluctuaron entre 19 y 22 años.

Se utilizaron tres instrumentos dos de ellos elaborados para este trabajo, los cuales son: "lista de clasificación de actividades" y el "inventario de preferencia, el terreno del conocido MMPI".





El procedimiento seguido en este trabajo fue:

- a). Seleccionar los sujetos de investigación.
- b). Obtener un criterio de clasificación de activi  
dades externas, a la escala Mf.
- c). Elaborar y aplicar, un instrumento de preferen  
cia para clasificar a los sujetos de estudio -  
de acuerdo con el criterio externo (jueces) a  
la escala Mf anteriormente obtenido.
- d). Aplicar el MMPI y la obtención cruda del (Mf)  
para cada sujeto.
- e). Obtener el coeficiente de correlación entre el  
puntaje crudo Mf y los sujetos investigados en  
la puntuación obtenida del Inventario de prefe  
rencia por los mismos sujetos.

Las conclusiones a las que se llegó fueron: Que con un margen muy grande de probabilidad que la escala Mf -- cumple con su finalidad a definiendo la dirección hacia la cual se inclinan los patrones de intereses de los sujetos del grupo.

CAPITULO I I  
P R O C E D I M I E N T O

A) .- Objeto de la investigación.

Al efectuar esta investigación, nos proponemos averiguar, si es que existe una mayor tendencia a somatizar en los estudiantes de medicina, a medida que sus conocimientos en la carrera son mayores. Esto lo trataremos -- de llevar a cabo comprobando si existe una diferencia -- significativa en la escala I y 3 del MMPI entre el mismo grupo de estudiantes de la Facultad de Medicina en diferentes semestres.

Utilizaremos el "Inventario Multifásico de la Personalidad" (MMPI).

Se espera así mismo que la elevación en dichas escalas se vean acompañadas por la elevación de la escala 7, detectora de ansiedad y por la elevación de la escala 2, detectora de depresión.

Seleccionamos el MMPI, ya que posee una serie de características básicas e importantes para los fines que -- perseguimos:

1.- Su aplicación puede ser colectiva.

2.- Existe una mínima intervención entre el examina

do y el examinador.

3.- Los resultados pueden ser obtenidos por medio de una computadora.

4.- El diagrama obtenido (MMPI), nos permite observar a simple vista las diferencias en los resultados.

B) .- Hipótesis.

Hipótesis de la investigación:

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se espera que los alumnos al ingresar al internado (9° semestre) somaticen en un mayor índice que cuando ingresaron a la carrera (1er. semestre) y para comprobar esto, planteamos las siguientes hipótesis:

Hipótesis Nula I.- No habrá diferencia significativa a nivel de .05 en la elevación de la escala I en el perfil del MMPI, entre los dos diferentes semestres en los estudiantes de Medicina.

Hipótesis Alternativa I.- Habrá diferencia significativa al nivel de .05 en la escala I entre ambos semestres. Los estudiantes en el internado presentarán una mayor elevación.

Hipótesis Nula 2.- No habrá diferencia significativa a nivel de .05 en la elevación de la escala 3, en el perfil del MMPI entre los dos diferentes semestres en los estudiantes de medicina.

Hipótesis Alternativa 2.- Habrá diferencia significativa en la elevación de la escala 3, entre ambos semestres. Los estudiantes en el internado presentan mayor elevación en dicha escala.

Hipótesis Nula 3.- No predominará la elevación de la escala I sobre la 3 en las medias de los puntajes T (standar) de el perfil del MMPI en el semestre de internado (9° semestre).

Hipótesis Alternativa 3 - Predominará la elevación de la escala I sobre la 3, en las medias de los puntajes T en el perfil de los internos.

Hipótesis Nula 4.- No habrá diferencia significativa a nivel de .05 en la escala 7 entre ambos semestres.

Hipótesis Alternativa 4.- Habrá diferencia significativa a nivel de .05 en la escala 7 en ambos semestres. Predominando la elevación de esta escala en el semestre de internado sobre el primer semestre.

Hipótesis Nula 5.- No existirá diferencia significativa

tiva a nivel de .05 en la elevación de la escala 2, entre ambos semestres.

Hipótesis Alternativa 5.- Existe diferencia significativa a nivel de .05 en la elevación de la escala 2, en los dos semestres. La elevación de esta escala será mayor en los estudiantes que ingresan al internado.

En esta investigación cuando hablamos de somatización, nos referimos a las personas que expresan en forma constante sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática, manifestando en forma persistente y a menudo en forma extrema preocupaciones relacionadas con la salud física. Este tipo de personas son egocéntricas, se quejan de síntomas tales como cefaleas, padecimientos gastrointestinales, taquicardia, etc., no aceptan fácilmente el hecho de que la sintomatología que presentan tenga un origen psicológico, ni tampoco se dan cuenta que en realidad requieren psicoterapia para resolver el interés extremo que muestran sobre su salud.

Cuando hablamos de depresión, nos referimos a: la insatisfacción con el estado general de las cosas o la vida; falta de esperanza para el futuro, el decaimiento

del ánimo y la autodepresiación.

Este tipo de personas expresan: baja moral, sentimientos de desesperanza y tristeza, tendencia a preocuparse demasiado, además de apatía, evasión; convencionalismo, silencio y aislamiento.

Cuando hablamos de ansiedad, nos referimos a: personas que se caracterizan por excesivas dudas, gran variedad de temores, excesiva preocupación o angustia.

#### C) .- Método.

Con el objeto de comprobar las hipótesis antes enunciadas, la investigación se llevó a cabo de la siguiente manera. Se sacó una muestra al azar de estudiantes de Medicina que se presentaron voluntariamente en 1975 al examen de admisión que incluía el MMPI para ingresar a realizar el internado en los hospitales del ISSSTE. En el departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, se buscaron las pruebas (MMPI) que les habían sido aplicadas a dichos estudiantes en 1971 cuando cursaban el primer semestre de la carrera; esta muestra se formó por setenta y cinco sujetos.

Después se sacó una segunda muestra. Se hizo una -

selección al azar de las pruebas aplicadas en 1971 a los estudiantes que ingresaron al primer semestre. Las pruebas de estos mismos sujetos que ingresaron al internado, se buscaron en el ISSSTE. Esta segunda muestra consistió en cuarenta y ocho sujetos.

En este estudio, la variable independiente es el tiempo transcurrido entre el primer semestre de la carrera de medicina y el comienzo del internado. La variable dependiente, es la tendencia del estudiante a la somatización.

A los estudiantes en los dos semestres (1° y 9° semestres) se les aplicó el MMPI en forma colectiva, en una sola sesión y con un tiempo promedio de hora y media.

El material del primer semestre de la carrera fué aplicado en 1971 por las Psicólogas del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina. De igual forma a los estudiantes que ingresaron al internado se les aplicó el MMPI en el Departamento de Psicología del ISSSTE, bajo la dirección del Dr. Fernández con el objeto de llevar a cabo una selección para el ingreso a la realización del internado en dicha dependencia.

D) .- Material.

El material utilizado en esta investigación fué el MMPI, cuya descripción es la siguiente:

Al seguir una orientación semejante a la desarrollada por Binet en la prueba de inteligencia y por Strong - en la prueba de interés vocacionales a fines de 1938, los doctores Hathaway y McKinley convencidos de la necesidad de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos multifaséticos, por medio de escalas o perfiles, tan útiles tanto para la investigación - como para la práctica clínica, comenzaron a elaborar frases para dicha prueba. Estas se basaron en las preguntas que se hacen en las historias clínicas de medicina general, tanto en las neurológicas y psiquiátricas, como en las escalas publicadas en esa época con el fin de encontrar datos sobre la personalidad y también en escalas que ofrecieran informes sobre orientación vocacional. De esta forma construyeron cuestionarios con las respuestas ofrecidas por pacientes clasificados de acuerdo con la nosología de la época.

La lista original consistió en 1200 frases que posteriormente se redujeron a 504 y que más tarde aumenta--



ron a 550. La base fundamental que delinea el uso de la prueba es comprobar que si un grupo de personas son similares en su conducta; deberán ser similares las respues-  
tas sobre de ellos mismos; por lo tanto serán semejantes en otros aspectos por lo que ciertas características de su personalidad serán sugeridas cuando los sujetos res-  
ponden de acuerdo a las contestaciones de un grupo ya --  
identificado.

La prueba que originalmente se llamó "Registro Mul-  
tifasético de la Personalidad" (Hathaway y McKinley ---  
1940), tuvo en cuenta para su elaboración el nivel cultu-  
ral y educacional de los sujetos a quiénes se les aplica-  
ba con el fin de que éstos entendieran perfectamente las  
frases. Esta primera presentación tenía como principal-  
objetivo valorar el mayor número de tipos de la persona-  
lidad y obtener así mayor validez que los inventarios de  
personalidad publicados anteriormente.

Las preguntas eran formuladas en frases delcarati-  
vas de la primera persona del singular, la mayoría de --  
ellas afirmativas; pero también existían algunas negati-  
vas. No se utilizaron frases interrogativas, éstas se -  
estructuraron seleccionando las palabras utilizadas más

frecuentemente por las personas.

El sentido de la frase fue restringido a temas conocidos, sacrificando la forma gramatical de los mismos -- con el fin de hacerlas simples, breves y claras; procurando que éstas fueran fácilmente comprensibles.

Originalmente las frases se anotaron en tarjetas -- rectangulares, que el sujeto debía colocar en tres compartimentos de una caja marcada con las tres posibilidades de respuesta: cierta, falsa y no puedo decir (en la actualidad la última opción ya casi no se usa).

Los datos normativos originales fueron obtenidos con una muestra de 700 sujetos que representaban un corte -- transversal de la población del Estado de Minnesota, lograda con los visitantes de los hospitales del Centro Médico de la Universidad de dicho Estado. El muestreo fue adecuado para las edades de 16 a 55 años y para ambos sexos. Además a estos grupos de sujetos normales, se agregó un grupo de estudiantes preparatorianos y universitarios que presentaron un sector adecuado de los solicitantes de ingreso a la universidad; también se pudieron obtener datos de varios grupos especiales como de pacientes tuberculosos y epilépticos.

Las escalas se obtuvieron contrastando los grupos de sujetos "normales" con los grupos de casos clínicos cuidadosamente estudiados, de éstos, 800 eran pacientes de la división Neuropsiquiátrica de los hospitales de la Universidad de Minnesota.

El criterio principal para la obtención de las escalas fué la predicción válida de los casos clínicos comparada con los diagnósticos hechos por el personal Neuropsiquiátrico y no de acuerdo con medidas estadísticas de confiabilidad y validez, las cuales, sin embargo, se efectuaron posteriormente y parece ser satisfactorias.

En 1942 la editorial de la Universidad de Minnesota publica el primer trabajo relacionado con el MMPI y en 1943 la misma editorial publica el material y el primer manual del inventario, siendo la "Corporación Psicológica Norteamericana" en 1945, la que se convierte en editora oficial para aumentar la difusión del inventario.

En 1946, apareció un manual adicional incluyendo la escala K y un inventario en forma de folleto.

En la actualidad existen dos formas de folletos:

El primero "Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota" (MMPI) español, que está compuesto por

550 frases y 16 repetidas (566) por razones estadísticas con su correspondiente hoja de respuesta, fué traducido por el personal técnico del Centro de Orientación de la Universidad de Puerto Rico con la colaboración del Dr. Strake R. Hathaway y adaptado para América Latina por el Dr. Rafael Núñez. Actualmente se encuentra en proceso de estandarización para México bajo la dirección del Dr. Núñez.

La otra forma consiste en un número menor de frases preparados en un folleto publicado recientemente. El sujeto contesta utilizando una hoja de respuestas especial en realidad es una forma abreviada de la prueba, pues -- consiste en 399 frases seleccionadas en tal forma que la validez y confiabilidad de la prueba se mantiene, estas frases siguen siendo las mismas utilizadas en la forma original.

El MMPI, es un instrumento psicométrico, que se utiliza para lograr una separación objetiva entre personas que poseen rasgos de personalidad alterados y no alterados.

Además de su uso clínico, sirve igualmente para la selección de personal de instituciones industriales, mi-

litares y educativas.

Descripción:

El MMPI consiste en 566 frases, las cuales cubren una gran variedad de áreas en su contenido, que van desde la condición física de la persona hasta sus actitudes sociales y morales.

Las preguntas de la prueba fueron arbitrariamente clasificadas en 26 clases con el objeto de facilitar así su manejo, y de evitar de este modo la duplicación de -- las mismas.

El arreglo se llevó a cabo de la siguiente manera:

- 1.- Salud en general (9 frases).
- 2.- Neurología general (19 frases).
- 3.- Nervios craneales (11 frases).
- 4.- Acción y coordinación (6 frases)
- 5.- Sensibilidad (5 frases)
- 6.- Visomotor, alimenticio, lenguaje escretorio -- (10 frases).
- 7.- Sistema cardio respiratorio (5 frases).
- 8.- Sistema geneturinario (5 frases).
- 9.- Sistema gastrointestinal (11 frases).
- 10.- Familia y matrimonio (26 frases).

- 11.- Hábitos (19 frases).
- 12.- Ocupación (18 frases).
- 13.- Educativas (12 frases).
- 14.- Actividades sexuales (116 frases).
- 15.- Actividades religiosas (19 frases).
- 16.- Actividades políticas, ley y orden (46 frases).
- 17.- Actividades sociales (72 frases).
- 18.- Afecto depresivo (32 frases).
- 19.- Afecto maniaco (24 frases).
- 20.- Estados obsesivos y compulsivos (15 frases).
- 21.- Ideas de referencia, alucinaciones, ilusiones e ideas falsas (31 frases).
- 22.- Fobias (29 frases).
- 23.- Tendencia sádico-masoquistas (7 frases).
- 24.- Moralidad (33 frases).
- 25.- Temas relacionados con masculinidad y femi--  
dad (55 frases).
- 26.- Temas para indicar si el sujeto está tratando\_  
de colocarse en un nivel poco aceptable (15 --  
frases.)

El MMPI en su aplicación usual consta de 4 escalas de validez, nueve escalas clínicas y una adicional. **Es**

ta última (escala Si) fué estudiada por Drake, con el fin de observar tendencias sociales.

Las escalas de validez que son L, F, K y "no puedo decir", poseen dos características con respecto a la prueba:

- 1.- Proveen ciertas medidas de la validez a las escalas clínicas, valorando la habilidad para comprender y la actitud frente a la prueba.
- 2.- Sugiere que esa actitud del sujeto, por si misma ya nos habla de él.

#### Escala L.

Llamada también "puntaje mentira", está integrada por 15 frases, las cuales ofrecen al sujeto la posibilidad de falsificar las respuestas respecto a situaciones deseables socialmente y colocarse de esta manera en una posición más aceptable. Cuando ésto sucede encontramos una puntuación L alta, lo cual indica invalidez relativa del perfil, ya que ésto favorece la disminución de la elevación de ciertas escalas clínicas; debido a la falta de sinceridad, así mismo dicha elevación puede observarse, que el examinado tiene una firme creencia de sus

virtudes, por lo que ésto refleja falta de adaptación.

La defensividad detectada por L es ingenua y hasta cierto punto inmadura; también la elevación del puntaje L se puede inferir un pobre nivel educativo o socioeconómico.

En ocasiones un puntaje L tiene valor por sí mismo como medida de algunos rasgos de personalidad.

El promedio de personas solo contesta de 3 a 5 respuestas calificables con L; pero se considera normal el puntaje bruto de 4 a 7.

Escala F (puntaje validez).

Está integrada por 64 frases; ésta no es una escala de personalidad, sin embargo, se utiliza como una forma de evaluar la validez total del protocolo.

Son varias las posibilidades por las cuales F se eleva y ésto produce en ocasiones la invalidez de la prueba, algunas de ellas son: la dificultad que tiene el examinado para comprender las frases, la falta de cooperación adecuada del mismo al resolver la prueba, cuando el sujeto tiene la intención de confundir, pues desea ser visto como enfermo, y los errores del examinador al calificar la



prueba.

En pacientes con enfermedades psicológicas esquizoides, deprimidos o compulsivos, la elevación, aún cuando hayan respondido con cuidado, se debe a la excesiva autocrítica, preocupaciones indebidas, lo que les impide eliminar lo subjetivo de lo objetivo. Por lo tanto se espera en estos casos que las escalas clínicas se eleven, -- sin embargo, la elevación en sujetos normales puede estar relacionada con una llamada de ayuda. Las personas normales usualmente obtienen una puntuación en bruto de 3 a 7.

#### Escala K.

Esta escala es esencialmente utilizada como un factor de corrección para aumentar el poder discriminativo de cinco escalas clínicas: Hs, Dp, Pt, Es y Ma.

Si se le asigna un significado no estadístico, es una medida de la actitud del sujeto en la situación de prueba; por ello el examinado la distorsiona en forma de liberada para aparecer como "normal", obteniendo así una puntuación alta, lo que significa una actitud defensiva ante la debilidad psicológica. Una puntuación baja en K

tiende a indicar que la persona es autocrítica, con un -  
pobre concepto de sí misma, lo que le impide tener con--  
fianza, además cierta facilidad para verbalizar sus sín-  
tomos, ya que sus defensas son inadecuadas. El puntaje\_  
bruto normal en esta escala, es de 10 a 15 puntos.

#### Escala "no puedo decir?"

Esta escala es un puntaje de validación, y se obtie\_  
ne de contar el número de frases que el sujeto no contes\_  
ta.

Una puntuación alta en esta escala indica que el e-  
xaminado no sabe o se niega a contestar. Cuando éste es  
el caso, la prueba según Hathaway, no debe ser tomada co\_  
mo válida, ya que no se llega a ninguna conclusión sobre  
ese sujeto en particular. Sin embargo, otros autores o-  
pinan que aún así, la prueba debe interpretarse.

#### Escalas clínicas:

Las escalas clínicas, a excepción de la 5, fueron de\_  
signadas de acuerdo a los síndromes que identificaban --  
con una nomenclatura psiquiátrica convencional; sin em--  
bargo, todas tienen significado en el campo de lo normal.

### Escala de Hipocondriasis (Hs).

La escala Hs es una medida de la cantidad de interés que la persona concede a las funciones corporales y a los síntomas físicos; es decir, la tendencia a la somatización y también la actitud hacia la imagen corporal.

Las personas con una puntuación alta en esta escala expresan en forma constante sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática manifestando persistentemente sus preocupaciones relacionadas con la salud física.

Es también característica del hipocondríaco, ser inmaduro en la forma como afronta sus problemas, tendiendo a fracasar en la solución de los mismos.

La puntuación baja en la escala Hs se puede obtener de personas con poca o ninguna preocupación acerca de sus síntomas físicos o de personas con considerable preocupación, pero renuentes a admitirla en ellos mismos.

### Escala de depresión D.

La escala D es frecuentemente conocida como la escala del estado de ánimo, ya que es posible por medio de ella encontrar estados emocionales momentáneos o transi-

torios. Esta escala mide la profundidad del síntoma conocido como depresión. Cuadro psicológico que expresa - baja moral, sentimientos de minusvalía, desesperanza y - tristeza.

Por lo general esta escala, es una de las más elevadas en los perfiles de los pacientes psiquiátricos; sin embargo, las personas normales que presentan puntuaciones altas se les ha descrito como serias, molestas, pesimistas, con tendencia a preocuparse demasiado, inseguras e introvertidas.

Las puntuaciones bajas sugieren personas entusiasmadas, con confianza adecuada activas y alegres.

#### Escala de Histeria (Hi).

Está integrada por 60 frases y mide el grado en que el sujeto es similar a los pacientes que han desarrollado síntomas del tipo histeria de conversión. Tales síntomas pueden ser malestares de tipo general como: parálisis, desmayos, convulsiones epileptiformes, etc.

La sintomatología histérica, se hace patente en forma inconsciente en síntomas orgánicos bajo situaciones - de stress (es una somatización de los problemas psicoló-

gicos).

Así mismo, la escala Hi mide la necesidad de afecto de reconocimiento y la sociabilidad dependiente.

#### Escala de Desviación Psicopática (Dp).

El objeto principal de esta escala es estudiar el grupo conocido como "Personalidad Psicopática" cuya dificultad principal radica en la ausencia de respuestas emocionales profundas impidiéndoles de esta manera establecer relaciones interpersonales satisfactorias, así como beneficiarse de su experiencia, son fácilmente irritables, hostiles, agresivas, con falta de juicio, de sentido de responsabilidad y de control en su conducta.

Las disgresiones más comunes de las normas sociales son, el robo, las perversiones sexuales, la mentira, el alcoholismo, las drogas, etc.

Las personas normales con puntuaciones altas en esta escala han sido descritas como sociables, inteligentes, audaces, irresponsables, independientes, e inmaduras emocionalmente. El mecanismo de defensa que utilizan es la intelectualización. Por el contrario, las personas que obtienen puntuaciones bajas son convencionales,

conformistas con fuertes intereses religiosos y pocos intereses exteriores.

En la población psiquiátrica, y en adolescentes, es una escala que frecuentemente tiende a elevarse.

La hospitalización de estos casos pueden darse como medio de protección a la sociedad, ya que por lo común, - estos individuos son peligrosos para consigo mismos como para otros.

Escala de intereses (Mf).

Esta escala ha sido diseñada para detectar respuestas relacionadas con intereses que puedan diferenciarse\_ entre hombres y mujeres. Los puntajes T para esta escala se manejan por separado, dependiendo del sexo.

Las frases fueron seleccionadas por medio de una -- comparación entre hombres masculinos y afeminados, tam--bién entre hombres y mujeres normales, así como de la -- prueba de intereses y actitudes de Terman Miles a estu--diantes con intereses femeninos y no femeninos.

Para cualquiera de los dos sexos, una puntuación elevada en esta escala, indica una orientación en rela---ción al sexo opuesto, ésto es que la alta puntuación en\_

hombres refiere pasividad, sumisión, dependencia e intereses filosóficos más no forzosamente inclinaciones homosexuales. En tanto que las mujeres son toscas, dominantes, ambiciosas y competitivas dentro del plan de trabajo y estudio.

Las puntuaciones bajas por lo tanto en hombres como en mujeres, indica adecuación hacia patrones característicos de su sexo.

#### Escala Paranoica (Pa).

Esta escala fue hecha con el fin de encontrar pensamientos o ideas paranoicas en donde los síntomas clásicos son: suspicacia, hipersensibilidad, sospecha, ideas de referencia persecución y sentimientos de grandeza.

Sin embargo, los sujetos normales con elevación en esta escala son sensibles en sus relaciones interpersonales dados a preocuparse por lo que puedan pensar o decir de ellos, desconfiados, inseguros y con tendencia a sentirse limitados por el medio ambiente.

#### Escala de Psicastenia (Pt).

El propósito al elaborar esta escala fue encontrar

características de personalidad antes llamada psicaste--  
nia, la que en la actualidad incluye reacciones fóbicas,  
y obsesivas compulsivas.

La tendencia a la conducta obsesiva compulsiva se -  
manifiesta por medio de angustia, inseguridad, descon---  
fianza en sí mismo, con un panorama del mundo generalmente  
amenazador, hóstil y angustioso, caracterizándolo sen  
timientos de culpa constante.

Las fóbias se refieren a todo tipo de temores ilógicos  
de cosas o situaciones, como también reacciones ex--  
tremas a estímulos más razonables.

La escala Pt mide así mismo exceso de tensión, esta  
dos de ansiedad y angustia.

Cuando esta escala es alta en sujetos normales, ge-  
neralmente son dependientes, deseosos de agradar, indeciso  
s, inseguros e insatisfechos de ellos mismos.

#### Escala de Esquizofrenia (Es).

Esta escala es la más numerosa de todas, consta de\_  
78 frases, sin embargo, a pesar de haber sido la más es-  
tudiada, es considerada una de las más débiles dado lo -  
complejo de esta entidad.



Se elaboró para detectar esquizofrenia, esto se llevó a cabo midiendo la similitud de las respuestas con la de aquellos pacientes que se caracterizaban por tener -- pensamientos o conductas inucitadas y extrañas.

Los rasgos más importantes que detectan son la incongruencia del afecto, tendencias aislacionistas, fantasmas y contenido absurdo.

En las personas esquizofrénicas, existe una separación entre lo real y lo subjetivo, perdiendo éstas el interés por el medio ambiente y procurando mantenerse fuera de él

#### Escala de Hipomania (Ma).

El objeto de esta escala, es el de diagnosticar el estado de ánimo de las personas con características maníacas depresivas (tipo maníaco).

El cuadro maníaco ha sido dividido en tres grados: Hipomanía, manía aguda y manía delirante.

En la hipomanía el grado de manía es relativamente leve, son personas activas, distraídas, entusiastas e inquietas, enérgicas aunque la utilización de la energía es probablemente ineficiente debido a que tratan de rea-

lizar muchas labores; monopolizan conversaciones, son -- chistosas, agradables y se comportan impulsivamente irri--  
tándose ante la frustración más trivial.

En la manía aguda el paciente muestra excitación mo--  
tora, lenguaje y pensamiento acelerado, delirio de gran--  
deza, poder y riqueza. Tiende a ser amistoso con rasgos  
de genialidad pero a medida que su exsaltación aumenta --  
se vuelve agresivo pudiendo llegar a la violencia.

En la manía delirante aparte de haber excitación, el  
paciente se ríe y se burla constantemente de todo, agre--  
de abiertamente y tiene alucinaciones.

El sujeto normal que ofrece puntuaciones alta en es--  
ta escala es sociable, entusiasta, impulsivo, audaz, con  
una marcada productividad en el pensamiento y en la ac--  
ción

Escala Social (Si).

Esta escala es adicional y fue obtenida de una mues--  
tra de sujetos normales.

Su propósito es medir la tendencia a la introver---  
sión o la extroversión social, es decir la evitación o --  
la búsqueda de contactos sociales con los demás.

Las personas con puntuaciones altas han sido descritas como apáticas, tímidas con falta de originalidad enla solución de sus problemas, incapaces de tomar desiciones, con frustraciones en sus relaciones interpersonales, por lo que se muestran fríos y distantes, tendiendo a aislarse. Sin embargo, son conscientes, responsables y productivos.

El grupo normal con puntuaciones bajas en esta escala tienen características tales como el ser versátiles, sociables, activos, oportunistas y manipuladores.

Administración, calificación, trazo del perfil y -- sistema para encontrar la clave:

A).- Administración: La administración de cualquier método de investigación de la personalidad, requiere decomprensión, suavidad en el trato de los sujetos estudiados y sobre todo respeto al examinado, ya que ésta serála única forma de hacerlo comprender que cada respuestaque ofrezca es importante y que la comunicación ofrecida se utilizará con el mayor grado de discreción y ética -- profesional.

Hay dos formas de aplicar el MMPI:

Una, la forma de caja a la que nos hemos referido, y la otra, que fue utilizada en esta investigación, consiste en un folleto con las preguntas y una hoja de respuestas en el cual el examinado anota con lápiz si la -- respuesta es cierta o falsa. Este tipo de aplicación -- puede realizarse en forma individual o colectiva, en don\_ de el tiempo promedio para contestar la prueba es de ho\_ ra y media.

Después de que el material ha sido revisado, propor\_ cionado al examinado y las instrucciones leídas, el que\_ aplica la prueba debe estar seguro de que el sujeto ha \_ entendido y tratar de aclarar cualquier duda si es que - ésta existe.

B).- Calificación: Una vez que se tiene la hoja de\_ respuestas contestada adecuadamente y antes de ser cali\_ ficada, se comenzará por marcar las respuestas no contes\_ tadas y aquellas en que la misma frase ha sido respondi\_ da como cierta y falsa a la vez, anotándose éstas en el\_ grupo "no puedo decir?".

Después se obtiene la calificación de cada escala; para ésto se utilizan las plantillas que consisten en ho\_

jas de cartulina del mismo tamaño que las hojas de res--  
puestas; en ellas existen perforaciones que permiten ob-  
servar los lugares marcados o rellenos con lápiz, és--  
tas se cuentan obteniendo así el puntaje bruto de cada -  
escala, el cual se anota al margen de la hoja de resultado  
dos.

Una vez que se obtienen las puntuaciones antes men-  
cionadas y pasadas a la hoja del perfil correspondiente\_  
al \*sexo del sujeto, se debe observar antes de trazar el\_  
perfil, que en el formulario por debajo de la línea del\_  
puntaje en bruto, se encuentra una línea con un espacio\_  
denominado "agregue factor K". Cuando han sido determi-  
nadas estas fracciones en el formulario del perfil, en -  
los espacios apropiados se anotan los nuevos valores de  
los puntajes en bruto de las variables con la corrección  
K. A partir de ésto se continua a trazar el perfil.

C).- El perfil: Es la representación gráfica en la\_  
que se marcan las puntuaciones obtenidas por el examina-  
do en las diferentes escalas de la prueba. Esto se lle-  
va a cabo de la siguiente manera:

Primero, se localiza la puntuación en bruto con fac



tor K agregado a las escalas correspondientes, marcándose con una cruz el lugar exacto.

El valor equivalente a T (calificación standard) se encuentra en las columnas laterales a la izquierda y a la derecha del perfil, bajo la letra T. Una vez situado el valor para cada una de las escalas por medio de puntos, éstos se unen con líneas rectas, primero para las escalas L, F, K y posteriormente para las clínicas; quedando así trazado con fácil acceso a la vista el diagrama del MMPI.

D).- Codificación del perfil: Para llevar a cabo la interpretación del perfil, se debe hacer una integración total de todas las escalas que componen la prueba; incluyendo las escalas de validez y no de acuerdo con la elevación aislada de cada escala, ya que en este sentido existe una gran variedad de combinaciones.

El número de cuadros posibles es indefinido. Para que los diferentes cuadros nos den una utilidad existe un sistema de codificación en clave que puede utilizarse el que consiste en una cifra o expresión numérica que facilita la reducción de los diferentes perfiles a un tama

ño práctico. Cuando se formula la clave se codifica cada escala en un número de tal forma que Hs se convierte en 1, D en 2, Hi en 3, Dp en 4, Mf en 5, Pa en 6, Pt en 7, Es en 8, Ma en 9 y la codificación de la escala Si se designa con 0 (cero).

Actualmente existen dos sistemas por medio de los cuales se puede codificar un perfil. El originado por Welsh y el elaborado por Hathaway que fué el que se utilizó en el presente estudio.

Este se describirá a continuación:

- 1.- Anotar el o los dígitos en orden de elevación del mayor al menor (exceptuando la escala 5).
- 2.- Utilizando la división de las calificaciones T, se usarán estos signos convencionales:
  - a. Si es alguna escala, la puntuación T es 100 o más, el número de éstos es seguido por --- ('''') cuatro primas.
  - b. Si se encuentra entre 90 y 99 el número es seguido por ('''') tres primas.
  - c. Entre 80 y 89 por ('') dos.
  - d. Y entre 70 y 79 por (') una.
  - e. Las escalas de 60 a 69 se anotan sin ninguna

señal adicional.

- f. Entre 45 y 55 (llegando a veces a 60), se -- considera zona de normalidad estadística; -- por no tener importancia clínica, pueden no\_ anotarse en la clave.

A continuación se separa la parte alta de la baja - por un guión (-).

- g. Puntuaciones entre 40 y 45, se utiliza una - prima (').
- h. De 39 a 30 se marcan dos primas ('').
- i. Tres primas ('''') preceden los números de es\_ calas entre puntuaciones de 20 a 29.
- j. La puntuación en bruto de Mf (escala 5), se\_ anota entre paréntesis al final de las esca- las clínicas.
- k. Una vez anotadas las diez escalas, se pone - punto y coma, escribiendo a continuación las escalas de validez, éstas se anotan en cali- ficaciones en bruto.

Al interpretar el perfil, debemos asegurar de que - las respuestas del sujeto han rendido un sistema válido\_ de puntaje Para ésto se cuenta con cuatro formas exis-



tentes en la prueba para obtener la evaluación de la validez L, F, K y los puntajes 'no puedo decir?'.

Otro criterio de validez es el índice de Gough, el cual se obtiene restando el puntaje bruto de K de la F, (F-K) mediante este índice es posible identificar a aquellas personas que distorcionan el inventario, de esta forma, si la diferencia entre estos dos puntajes es de 9 o más, se considerará invalidada; por lo que, si es menos de más 9, se acepta.

-Confiabilidad y validez.

La confiabilidad de una prueba se define como la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos en diferentes ocasiones o un conjunto distinto de elementos equivalentes (Anastasi 1966).

La validez se refiere al grado en que una prueba mide efectivamente aquello que pretende medir. (Anastasi 1966).

La confiabilidad del inventario ha sido ampliamente comprobado con resultados satisfactorios.

Utilizando personas normales, Hathaway y McKinley aplicaron dos veces la forma individual a cada sujeto con

diferencias en el periodo de tiempo de tres días y un -- año entre una prueba y otra en el que encontraron un coeeficiente de confiabilidad entre 0.57 y 0.87 en las dife-rentes escalas del inventario.

Otro estudio realizado por Coltle con sujetos no seleccionados a quienes se les aplicó el inventario en forma individual y colectiva, con una semana de diferencia, en donde se observó una confiabilidad entre 0 46 y 0.91.

Holzberg y Alessi utilizaron pacientes psiquiátri--cos no seleccionados a los que se les administró la forma completa, así como la forma abreviada con una diferencia de tres días, encontrándose un coeficiente de confia-bilidad entre 0.52 y 0.93; para las diferentes escalas - del MMPI.

Por lo que se refiere a la validez diagnóstica de - la prueba, se consideró importante revisar algunos estu-dios realizados con este fin; entre los que se encuen---tran:

Schmidt en 1944 llevó a cabo un estudio con el pro-pósito de investigar el valor clínico del MMPI en una población militar. Todos los sujetos fueron hombres blan-cos, reclutados en la fuerza aérea de los E.E.U.U., el -

grupo testigo consistió en 98 sujetos, a los cuales les fue aplicado el MMPI, y cuyas hojas de servicio e historias clínicas no indicaban ninguna anomalía.

El grupo experimental consistió de 12 sujetos que fueron clasificados clínicamente en las siguientes categorías diagnósticas: estado psicopático constitucional, psicopatía sexual, psiconeurosis leve, psiconeurosis grave y psicosis.

Los resultados de este estudio mostraron que el MMPI discriminó con significancia estadística entre los reclutas normales, (grupo testigo) y aquellos diagnosticados como psicópatas constitucionales, psiconeurosis leve, psiconeuróticos graves y psicóticos.

El MMPI también diferenció con significancia las principales categorías clínicas entre sí. Estas conclusiones concordaron con las obtenidas por Leverenz (1943).

Con el fin de investigar específicamente el diagnóstico diferencial de los perfiles del MMPI, Meehl (1946), realizó un estudio en el que evaluó tres categorías de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Estas categorías fueron: psicosis, psiconeurosis y "problemas de con

ducta". Este autor efectuó el estudio con protocolos -- previos a la publicación del manual del MMPI, por lo que el inventario no se encontraba tan desarrollado como en su forma actual.

Se tomaron 147 protocolos de hombres hospitalizados, considerados como anormales. Primero se descartó el 17% de los perfiles del MMPI en base a una puntuación mayor de 70 en las escalas "no puedo decir ?" o L, o una puntuación mayor a 80 en la escala F. Los protocolos restantes fueron clasificados en las tres categorías, empleando el siguiente criterio:

1. Aquellos protocolos en los que los perfiles estuvieron muy elevados, destacando sobre todo las escalas Sc, Pa, Ma y D fueron clasificados en las categorías de psicosis.
2. La psiconeurosis fue clasificada en base a que las escalas de la triada neurótica (Hs, D, Hy) resultaron elevadas, dentro de un perfil más bajo que el de la psicosis.
3. La categoría de "problemas de conducta" se clasificó en base a elevaciones de las escalas Pd y Ma.

Una vez hecha la clasificación, se prosiguió a comparar las tres categorías con los diagnósticos del equipo psiquiátrico. Clínicamente se llamó psicosis a la esquizofrenia, la manía depresiva, la condición paranoide y la melancolía involutiva. Se le llamó psiconeurosis a la hipocondriasis, la histeria, la depresión reactiva, la psicastenia, el estado de la ansiedad y la neurastenia. Bajo problemas de conducta fueron clasificados la personalidad psicopática, la personalidad psicopática con patología sexual, el alcoholismo, los problemas de comportamiento y desadaptación.

El resultado de la comparación realizada entre los perfiles del MMPI y el diagnóstico clínico reveló que en las categorías de psiconeurosis y "problemas de conducta" hubo un 68% de concordancia, mientras que en la categoría de psicosis la concordancia fué de 56%.

El estudio de Gough (1946), fué realizado con el propósito de enfatizar la importancia que tiene el análisis global de los perfiles del MMPI, en base a los patrones de diagnóstico. Existe evidencia, Guthrie (1950), que tanto la experiencia clínica como en las investiga--

ciones indicaron que no es satisfactorio el emplear las\_ escalas en forma aislada, ya que dichas escalas fueron - diseñadas para diferenciar a un grupo de pacientes de -- una muestra de no pacientes y no para discriminar a un - grupo de pacientes.

Gough empleó 136 protocolos, que dividió en psico-- neurosis leve, psiconeurosis moderada, personalidad psi- copática, psiconeurosis grave y psicosis.

Comparó los perfiles promedio de estos grupos entre sí y a su vez con un grupo testigo (27 casos normales). Sus resultados revelan una curva psiconeurótica general\_ con elevaciones desiguales, en las que la triada neuróti\_ ca (Hs, D, Hy) se encuentra por encima de la fase psicó- tica (Pa, Pt y Sc). También se encontró que el MMPI es\_ útil en la detección de la exageración, mientras que es\_ de poco valor para detectar desviaciones sexuales.

El trabajo de Guthrie (1950), se hizo con el fin de estudiar el grado de precisión en la identificación de - categorías diagnósticas, a través de la interpretación - de los perfiles del MMPI. Este estudio se llevó a cabo\_ con 89 casos diagnosticados psiquiátricamente, los cua--

les quedaban comprendidos en 6 categorías diagnósticas: psiconeurosis con estado de ansiedad, psiconeurosis con personalidad psicopática, esquizofrenia paranoide, depresión y condiciones maníacas.

Posteriormente los 89 perfiles fueron dados a siete miembros del departamento de Psicología de la Universidad de Minnesota. Cada perfil estaba clasificado solo por un número. A los psicólogos se les dió instrucciones de sortear los perfiles especificándose las características de cada categoría diagnóstica, sin mencionar el número de casos que caían en cada categoría. Una vez hecho el primer sorteo se les indicó el número de casos que correspondían a cada categoría para que realizaran una segunda clasificación. A continuación se presenta una tabla en las que aparecen las clasificaciones acertadas.

#### Clasificaciones acertadas.

Psicólogos	la clasificación	2a. clasificación
A	54	51
B	42	52
C	51	55
D	55	55

### Clasificaciones acertadas.

Psicólogos	1a. clasificación	2a. clasificación
E	43	47
F	38	42
G	36	32

Los resultados indican que aún la peor clasificación tuvo una validez estadística significativa, al nivel de 0.01. Los resultados también indican que existe considerable grado de concordancia entre los criterios de aquellas personas que están familiarizadas con el uso de los perfiles del MMPI.

Otro estudio fue el realizado por Reid (1953), en el cual se propuso determinar la significancia estadística de dicha comparación, además, de la significancia de invalidar al MMPI debido a una escala F elevada. Se estudiaron los diagnósticos siguientes: maniaco depresivo (con escala D y Ma altas); neurosis (con la elevación de una o varias de las escalas Hy, Hs, Pt); esquizofrenia paranoide (solo cuando las escalas Sc y Pa se encontraban elevadas); esquizofrenia no clasificada (cuando se encontraba alta la escala Pd); problemas de conducta ---



(cuando el individuo tenía 18 años o menos con todas las escalas ligeramente elevadas).

Las escalas se consideran elevadas al observarse un puntaje T de más de 70. La comparación del diagnóstico psiquiátrico con las entidades diagnósticas del MMPI reveló una concordancia en el 55% de los 40 casos estudiados. De los 40 casos 11 de ellos mostraron una escala F muy elevada y en éstos los grados de concordancia con el diagnóstico psiquiátrico fué de 63.6%.

Este último dato reafirma las observaciones de Kazan y Scheinberg (1945) y de Brozek (1948), que una puntuación elevada en la escala F del MMPI es raramente un factor de invalidez, tratándose de sujetos normales. En estos casos generalmente indica la presencia de una enfermedad grave.

Schmidt (1948), encontró que la corrección K contribuía muy poco a la eficacia diagnóstica del MMPI en pacientes de un hospital militar.

Hunt (1947), observó conclusiones similares en pacientes hospitalizados al realizar un estudio de concordancia entre los perfiles del MMPI con y sin la corrección K y el diagnóstico psiquiátrico.

El trabajo de Ellis recopila todos los resultados - de los estudios realizados entre enero de 1946 y diciembre de 1951, en los que se investigó la efectividad discriminativa de los inventarios de la personalidad al ser utilizados tanto en grupos como individualmente. El número de estudios realizados por este autor fue de 499 y sus conclusiones fueron que en la mayoría de los casos - las puntuaciones de los inventarios discriminan entre pacientes neuropsiquiátricos, psicósomáticos, alcohólicos o entre grupos de diversas edades, sexo, origen étnico o nivel académico. Además concluye que la mayor parte de los inventarios estudiados, no miden los rasgos independientes que deberían evaluar; que a su vez los inventarios no concuerdan muy bien entre sí, ni con los resultados del Rorschach ni con otras pruebas proyectivas; y -- que la generalidad de estos inventarios son fácilmente - distorsionables. A este respecto encontró que escalas - especiales de detección como la escala F y la Escala K - del MMPI, pueden valorar y compensar estas distorsiones.

El estudio de Reuben y Lloyd (1962), se llevó a cabo en 100 pacientes hombres y 110 pacientes mujeres de -

diversos diagnósticos clínicos establecidos por el equipo de psiquiatras. Se prepararon cuatro perfiles del -- MMPI por cada paciente:

1. Sin la aparición del valor de la K, pero el perfil con la corrección de la K.
2. Sin la aparición del valor de la K y el perfil sin la corrección K.
3. Con la aparición del valor de la K y el perfil con la corrección K.
4. Con la aparición del valor de la K y el perfil sin la corrección K.

Posteriormente dos psicólogos clínicos sortearon -- los perfiles en categorías diagnósticas, conociendo el -- número de pacientes de cada categoría diagnóstica y también si el perfil había sido o no corregido por el factor por el factor K.

Los resultados mostraron que la corrección K no aumentó la exactitud de la clasificación de los perfiles.

El estudio de Lipsher (1962), fué un intento de investigar ciertas características del proceso del diagnóstico clínico y específicamente la consistencia entre diversas pruebas y la concordancia entre el juicio diagnós

tico del psicólogo clínico y los instrumentos psicológicos.

El método que empleó consistió en proporcionar a doce psicólogos graduados sin experiencias clínicas, a 12 psicólogos graduados con experiencia clínica moderada y 12 doctores en psicología con considerable experiencia, los protocolos de 9 pacientes psicóticos, de nueve pacientes neuróticos y de 9 personas que acudieron en busca de orientación vocacional. Los protocolos constaban de las siguientes pruebas MMPI, Rorschach y TAT. Estas pruebas fueron numeradas al azar. Los psicólogos clínicos evaluaron cada prueba con una escala de 10 puntos según las siguientes dimensiones de la personalidad: actitudes hostiles, ansiedad ideación, dominancia, sexualidad física, flexibilidad, impulsividad, autovaloración y pronóstico terapéutico.

La labor final de cada psicólogo fué de seleccionar las pruebas correspondientes a cada expediente. Además, otro psicólogo clínico evaluó cada una de las 27 personas, de las cuales se obtuvieron los protocolos en una entrevista personal, con el fin de obtener puntuaciones en las mismas dimensiones de la personalidad.

Los resultados de esta investigación mostraron que existió mayor correspondencia en las pruebas a mayor exigencia clínica del psicólogo. En la evaluación de cada prueba en base a la escala de 10 puntos, se obtuvo una consistencia esencialmente equivalente entre el MMPI y el TAT, el Rorschach y el TAT, siendo más significativas aquellas entre el MMPI y el Rorschach.

Schluter (1969), realizó un estudio en el cual trató de explorar si el MMPI mantiene su poder discriminativo al aplicarse a nuestro medio.

Los resultados obtenidos indican que el MMPI si discrimina entre personas neuróticas, independientemente del medio cultural al que se apliquen.

#### E).- Sujetos y Muestra.

Se estudió un grupo de estudiantes de la Facultad de Medicina pertenecientes a la generación 1971-1976.

Se sacaron dos muestras, la primera de ellas se obtuvo del Hospital del ISSSTE donde 860 alumnos acudieron voluntariamente a que se les aplicara el MMPI. De ésta población tomamos al azar 187 sujetos, con el fin de bus

carlos por medio de su identificación en el material aplicado en 1971 por el Departamento de Psicología Médica Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM. De éstos, solo coincidieron 75 sujetos, los cuales constituyen nuestra primera muestra. Esta estuvo integrada por: 32 mujeres y 52 hombres; cuyas edades en el primer semestre fueron:

16 años, 1 mujer	17 años, 2 hombres
17 años, 3 mujeres	18 años, 11 hombres
18 años, 13 mujeres	19 años, 13 hombres
19 años, 5 mujeres	20 años, 16 hombres
20 años, 1 mujer	21 años, 3 hombres
	23 años, 3 hombres
	25 años, 3 hombres
	30 años, 1 hombre

Por lo que la edad promedio fué de 18 años en el sexo femenino y masculino.

Las edades en noveno semestre fueron:

19 años, 1 mujer	21 años, 4 hombres
21 años, 10 mujeres	22 años, 13 hombres
22 años, 6 mujeres	23 años, 19 hombres
23 años, 5 mujeres	24 años, 6 hombres
25 años, 1 mujer	25 años, 3 hombres
--	26 años, 1 hombre
23	28 años, 2 hombres
	29 años, 2 hombres
	33 años, 1 hombre

--  
52

Cuyas edades promedio fueron de 21 años en las muje

jeros y 23 años en los hombres de los cuales solo 5 sujetos estaban casados.

Nuestra segunda muestra fué obtenida en forma inversa, ésto es: sacamos al azar 254 sujetos de 2,470, número total, de MMPI aplicados por Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. (Primer semestre 1971). Se buscaron las pruebas de estos mismos alumnos aplicados en 1975 por el hospital del ISSSTE, unicamente 48 coincidieron. Esta muestra está formada por 18 mujeres y 30 hombres.

Las edades de las mujeres fluctuaban entre 17 y 27 años en el primer semestre y entre 20 y 31 años en el internado. Las edades en el primer semestre fueron:

17 años, 2 mujeres  
18 años, 7 mujeres  
19 años, 5 mujeres  
22 años, 2 mujeres  
23 años, 1 mujer  
27 años, 1 mujer  
--  
18

En noveno semestre las edades fueron:

20 años, 2 mujeres  
21 años, 3 mujeres  
22 años, 7 mujeres  
23 años, 3 mujeres  
24 años, 1 mujer

26 años, 1 mujer

31 años, 1 mujer

--

18

La edad promedio del total de las mujeres fué: 19 años en el primer semestre y 22 años en el noveno semestre.

Respecto a los hombres: la edad en primer semestre fluctuó entre 17 y 25 años; y de 21 a 29 años en el noveno semestre. Por lo tanto la edad promedio fué de 18 a 22 años respectivamente. Todos eran solteros excepto 2 sujetos que al cursar el internado ya estaban casados.

En el primer semestre:      En el noveno semestre:

17 años, 1 hombre

21 años, 7 hombres

18 años, 9 hombres

22 años, 7 hombres

19 años, 9 hombres

23 años, 9 hombres

20 años, 8 hombres

24 años, 4 hombres

22 años, 1 hombre

25 años, 1 hombre

23 años, 1 hombre

26 años, 1 hombre

25 años, 1 hombre

29 años, 1 hombre

--

30

--

30

F).- Tratamiento estadístico.

Una vez que las pruebas nos fueron proporcionadas por ambas instituciones, procedimos a checar detenidamente que todas estuvieran completas y sin errores en la co



dificación de los datos correspondientes al nombre, edad, estado civil, clave de la carrera, fecha, etc.

El próximo paso a seguir fué obtener el puntaje en bruto de cada escala y anotar los resultados correspondientes al primer y noveno semestres de cada sujeto que formó nuestra muestra.

En esta investigación utilizaremos el "Análisis de Varianza", ya que es una técnica de análisis estadístico que permite superar las ambigüedades que representa la estimación de diferencias significativas cuando se hace más de una comparación, esto es, permite comparar en un sentido más objetivo la variabilidad existente entre grupos.

El análisis de varianza consiste en la obtención de dos estimaciones independientes de la varianza:

- a. Una basada en la variabilidad entre grupos (varianza entre grupos), la cual refleja la magnitud de las diferencias entre las medias de grupo.
- b. La otra es la variabilidad dentro del grupo (varianza dentro de grupo), la cual refleja la dispersión de las calificaciones dentro de cada grupo.

La significación de las diferencias entre las dos estimaciones de varianza está proporcionada por la distribución de Fisher.

Un concepto básico para la obtención del análisis de varianza es "la suma de cuadrados" cuya fórmula es:

$$Ex^2 = \sum x^2 - (\sum x)^2 / n$$

La ventaja de la técnica del análisis de varianza es que se puede partir la suma total de cuadrados ( $\sum x^2_{ToT.}$ ) en dos componentes:

- a). La suma de cuadrados dentro de grupos ( $\sum x^2_w$ ).
- b). La suma de cuadrados entre grupos ( $\sum x^2_b$ ).

Una vez obtenida la suma de cuadrados entre grupos y dentro de grupos, se procede a calcular las estimaciones de varianza a partir de la suma de cuadrados, en los que se divide cada uno por el número de grados de libertad apropiados.

Los grados de libertad entre grupos son simplemente el número de grupos (K) menos 1  $GL_b = K - 1$ .

El número de grados de libertad dentro de grupos es el total N menos el número de grupos  $GL_w = N - K$ .

Estimación de la varianza entre grupos:

$$\hat{S}_B^2 = \frac{\sum x^2_b}{gl_b}$$

Estimación de la varianza de grupos:

$$S_w^2 = E X \frac{2}{w} / gLw$$

Se usaron estos valores para calcular el coeficiente F, el cual es la estimación de la varianza entre grupos dividido entre la estimación de la varianza dentro de -- grupos.

$$F = S \frac{2}{B} / S \frac{2}{w}$$

Consultando la tabla de la estimación F, podemos de terminar cuándo y cuándo no, la hipótesis nula de población puede ser razonablemente aceptable para los niveles de significancia de  $P = 0.05$  y  $P = 0.01$ .

El procedimiento que seguimos para lograr nuestro a nálisis de los datos fué: codificamos los puntajes en -- bruto de las dos muestras, ya que deseábamos que los datos fueran analizados por medio de la computadora ----- Burroughs B 6700 del Centro de Servicio de Cómputo de la UNAM. Una vez vaciados éstos datos en las hojas de codi ficación, solicitamos que se nos perforaran en tarjetas\_ IBM para así llevarlos al Centro de Servicio de Cómputo\_ y obtener nuestro programa de análisis.

Para poder llevar a cabo nuestro análisis de los da tos, acudimos al "Departamento del Centro de Investiga--

ción en Procesamiento de Información en Psicología", bajo la dirección del Dr Nahum Martínez, quién nos brindó la posibilidad de utilizar el sistema psicología que consta de varios programas. En esta investigación utilizamos el sistema llamado ANOVAR (análisis de varianza).

Con el fin de poder aceptar o rechazar, nuestra Hipótesis Alternativa 3, predominará la elevación de la escala 1 sobre la 3, en las medias de los puntajes T (standard) del perfil del MMPI, en el internado (novenno semestre), fué necesario calcular "la media aritmética o promedio" de cada una de las escalas, para cada sexo por separado en las dos muestras, puesto que en la escala 5 los puntajes T se manejan en dirección diferente dependiendo del sexo.

Esto se llevó a cabo de la siguiente manera: se calcularon las medias aritméticas de cada escala, en base a los puntajes en bruto, obtenidos por el número de sujetos hombres de cada muestra, y para cada semestre en forma independiente. Se hizo lo mismo con el sexo femenino.

Una vez obtenidas las medias, se agregó el factor K a las escalas correspondientes (Hs, Dp, Pt, Es y Ma).

Posteriormente se trazó el perfil para obtener una

comparación objetiva en base a puntajes T de la elevación de las escalas.

Esta hipótesis se aceptará si la elevación de la escala 1 sobre la 3 presenta una diferencia de 10 o más -- puntos dados en los puntajes T (standard) entre ambas escalas, en el perfil del **MMPI**.

Al hablar de media aritmética o promedio, nos referimos a la suma de cada uno de los valores o términos divididos entre el número de éstos; cuya fórmula es:

$$X = \frac{\sum X}{N}$$

## C A P I T U L O   I I I

### " R E S U L T A D O S "

En base a los datos obtenidos en el presente estudio, trataremos ahora de interpretar su significado.

Como se puede observar, nuestra primera hipótesis Alternativa "habrá diferencia significativa a nivel de  $.05$ , en la escala I entre ambos grupos. Los estudiantes en el internado presentarán una mayor elevación". Fue aceptada, debido a que el valor de la media del 9° semestre es de  $14.05$  y en el 1r semestre es de  $7.62$ , además la probabilidad  $0.0000$  asociada a la F es menor que el nivel de significancia ( $P=0.05$ ), establecido para este estudio. (Ver tabla No. 1).

Por lo anterior deducimos que el estudiante en 9° (novenos) semestre tiende a somatizar más que en 1r semestre.

Esto concuerda con los resultados obtenidos por Hathaway y Meehl (1951) en donde señalan que las personas que obtienen puntuaciones altas en esta escala (Hs), expresan en forma constante sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática y manifiestan persistentemente sus preocupaciones por la

salud física.

Por otro lado Patricia Good y John Bratner (1974), - en sus resultados coinciden también con lo expuesto en este trabajo, indicando que las personas con elevados puntajes en la escala I tienden a gozar generalmente de buena salud física; sin embargo, constantemente expresan una gran variedad de quejas somáticas, las cuales carecen de una base orgánica que las justifique y por ende son diffciles de identificar.

Así mismo, Guthrie (1950), encontró que los médicos con altos puntajes en la escala I (Hs), por lo general - reportan una gran variedad de síntomas y quejas; las que parecen estar relacionadas a sentimientos de inadecuaci-dad. Las anteriores se desarrollan en presencia de pro-blemas emocionales o tensiones.

En México, Labrandero y Ramírez Moreno (1974), --- reportaron haber observado que los médicos y las enfermeras tienden a utilizar síntomas físicos para evadir si--tuaciones conflictivas, así como la utilización del ais-lamiento como un medio de evitar conflictos.

Por lo que suponemos que los estudiantes de me---dicina, a medida que avanzan en el estudio de su carrera

aumentan la tendencia a la somatización.

En cuanto a nuestra Hipótesis No. 2, aceptamos -- Hipótesis Nula "No habrá diferencia significativa en la elevación de la escala 3 (Hy); los estudiantes en el internado no presentarán mayor elevación en dicha escala". Esta hipótesis fué aceptada, debido a que la diferencia\_ no fué significativa a nivel de .05 en las dos muestras; además las medias del 1er. semestre calificaron ligeramente más alto que las del 9° semestre en ambas muestras (Ver tablas 1 y 2).

En esta investigación, se esperaba observar una - mayor elevación en la escala 3 (Hy), debido a que uno de los componentes en esta escala se refiere a molestias so máticas, y a una asociación cercana con la escala I (Hs). Sin embargo, esto no se encontró.

No obstante, el que nuestra escala 3 no se haya -- elevado, no puede tomarse como un índice de ausencia de somatización, ya que la sola elevación de la escala I co mo se sustentó anteriormente, nos indica la presencia de una tendencia a somatizar.

Por otra parte Hathaway y McKinley (1951) señalan - que cuando se obtiene un alto puntaje en la escala 3 (Hy)



las personas son dadas a ataques episódicos de desmayos, convulsiones epileptiformes, etc., las cuales es probable que bajo tensión se desencadenen y los lleven a comportarse en forma histérica como un medio a la solución de sus problemas.

Por lo anterior, podemos deducir que el estudiante de medicina probablemente tiende a somatizar en una forma más sutil, ésto es solo a sentir parcial o totalmente algunos síntomas que son vistos a lo largo de la carrera.

Además el elevado puntaje en la escala 3, se refiere a personas infantiles, ingenuas, dependientes, convencionales, etc., (Hathaway), por lo que suponemos que los estudiantes tienden a aminorar estas características con el paso del tiempo.

Respecto a nuestra Hipótesis Alternativa 3, "predominará la elevación de la escala I (Hs) sobre la 3 (Hy) en las medias del puntaje T en el perfil del MMPI en el internado (9° semestre)". Esta fué aceptada, indicando de esta forma que cuando la escala I (Hs) es predominante las molestias físicas que aquejan a la persona son varias y frecuentemente requieren menos estudio para esta-

blecer la presencia de algún factor psicológico importante. (Hathaway).

Aceptamos la Hipótesis Alternativa 4 "Habrá diferencia significativa a nivel de .05 en la escala 7 entre ambos grupos. Predominará la elevación de esta escala en el internado sobre el 1º semestre".

La aceptamos debido a que la prueba F resultó significativa con una probabilidad de 0.0000, además porque las medias en 9º semestre (internado), obtuvieron -- una mayor elevación. (Ver tablas 1 y 2).

De esto suponemos que a los estudiantes al iniciar el internado, se les perciba más ansiosos y angustiados debido a que el número de responsabilidades aumentará en el internado y se presentará la primera oportunidad de llevar a cabo el ejercicio profesional de la carrera.

Esto concuerda con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Labrandero y Ramírez Moreno (1974), donde señalan que el ambiente físico y las condiciones particulares de la sala crean reacciones de angustia y tensión, que los afectan en sus actitudes psicológicas, equilibrio emocional y aceptación positiva -

hacia su trabajo.

Por otro lado el Dr. Rafael Núñez (1968), en su investigación intitulada "El Estudiante Universitario", refiere que la elevación de la escala 7 (Pt), puede tomarse como indicativa de que el universitario se encuentra angustiado y tenso porque se da cuenta de la realidad externa y tiene que enfrentar situaciones académicas, nuevas y difíciles.

Nuestra Hipótesis Alternativa 5 "Existe diferencia -- significativa a nivel de .05 en la elevación de la escala 2 (D), en los dos grupos. La elevación de esta escala será mayor en los estudiantes en el internado".

Esta hipótesis no fue aceptada porque la elevación de esta escala fué significativamente mayor en el 1er. semestre que en el 9° (internado), (ver tablas 1 y 2) donde suponemos que el estudiante al obtener cierta preparación y logros tienda a no aumentar su depresión, no obstante se observa que son convencionales, individualistas, insatisfechos con el medio, y con ellos mismos, sensibles y dados a preocuparse con facilidad.

Esto correlaciona con la investigación realizada por Labrandero y Ramírez Moreno (1974), los cuales encontra-

ron en los médicos y las enfermeras que su autoconcepto se encuentra devaluado, predominando así mismo sentimientos de minusvalía, inseguridad y frustración.

Por otra parte el Dr. Núñez (1968) sostiene en su estudio que el estudiante universitario no es ni más ni menos depresivo que la gente normal adulta.

Con el propósito de obtener una mayor información acerca de las características de personalidad de los estudiantes de Medicina y con el objeto de poder apreciar cuales son las diferencias en relación a los perfiles del MMPI, cuando cursaban el primer y noveno semestre (internado), se procedió a interpretar los perfiles de cada sexo. Unicamente se interpretaron los de la muestra sacada del Hospital del ISSSTE al Departamento de Psiquiatría de la UNAM, ésto se hizo debido a que ambas muestras se obtuvieron de la misma población.

Interpretación del perfil del MMPI, de una muestra compuesta por 23 mujeres estudiantes de medicina.

(Perfil: 283941670 (32); 6, 5, 15).

Al aplicarles la prueba (MMPI), a los estudiantes de medicina, cuando cursaban el primer semestre, se

observó que el sexo femenino la respondió en forma evasiva, defensiva, ésto se debe a que son personas convencionales, que probablemente trataron de dar una buena ima--gen de sí mismas, buscando aceptación, por lo que ofre--cieron respuestas socialmente aprobadas, aceptando los -valores morales establecidos en su medio ambiente. Así mismo, se aprecia que carecen de la comprensión de sus -propios problemas y que tienden a disminuir sus faltas.

Los perfiles revelan que se viven insatisfechas con el medio y consigo mismas, inseguras, con sentimientos de minusvalfa, inutilidad y abatimiento, lo que lesestá produciendo depresión.

Existe en ellas una tendencia a preocuparse demasiado, lo que aunado a la falta de originalidad en la solución de sus problemas así como a la falta de confianza en sus propias habilidades, les lleva a evitar afrontar situaciones desagradables y a sentirse apáticas.

Lo anterior favorece a que se mantengan alejadas de la gente, pues es para ellas muy difícil establecer relaciones interpersonales, probablemente porque se muestran frías y distanciadas, temerosas de involucrarse emocionalmente. No obstante coexiste en ellas una nece-

sidad de afecto y aceptación, mismos que tratan de obtener fijándose muchas metas y haciendo énfasis en sus múltiples intereses, esperando de esta forma poder obtener el reconocimiento de los demás.

Por último se podría decir que presentan problemas para controlar adecuadamente sus impulsos agresivos, los que manejan en forma infantil, mostrándose hostiles con sus padres a los que es probable que culpen de los problemas por los que pasan. En relación a la autoridad se comportan en forma sumisa, complaciente, no se atreven a protestar para no enfrentarse a situaciones conflictivas. (Ver perfil No. 1).

23 mujeres, 9° semestre

Perfil: 87' 14' 93260 (35); 7, 6, 18.

Antes de ingresar a realizar el internado, al aplicarles el MMPI a estas mismas alumnas, se observó que respondieron a la prueba en forma defensiva, evasiva. Se esforzaron por ocultar los conflictos emocionales que experimentan, por disminuir sus faltas y causar una buena impresión de sí mismas, probablemente con el fin de lograr una mayor aceptación.

Sin embargo, se les percibe intensamente inseguro

ras, insatisfechas y resentidas con el medio, ya que es posible que sientan que les dan menos de lo que merecen. Esto hace que no se relacionen profundamente con la gente, por lo que se muestran superficiales, temerosas de involucrarse o comprometerse emocionalmente; no obstante se aprecia que existe en ellas una necesidad de afecto y aceptación, las que pretenden lograr a través de cierta manipulación expresando molestias de las que se quejan con frecuencia, así como una extrema preocupación por su salud física; lo que les facilita la atención de los que las rodean. Denotan falta de madurez y de insight en su sentimiento.

Por otra parte, se observa que aun cuando no lo han concienciado, existe en ellas ansiedad, que al parecer se deriva de una percepción del mundo como amenazador, debido a ésto requieren mecanismos obsesivos para controlarla, al igual que hacen intentos para manejar su agresividad, lo que da lugar a una marcada restricción de las manifestaciones espontáneas de la personalidad.

Se les percibe rígidas, críticas y perfeccionistas tanto de sí mismas como de los demás, sus metas e intereses son vagos e insatisfechos, debido a la dificultad

tad que tienen para encontrar seguridad en sus puntos de vista, a la falta de confianza en sus propias habilidades y a su incapacidad para tomar decisiones, todo esto aumenta la dependencia produciéndoles sentimientos de in conformidad.

Por último se podría señalar que son irritables, hostiles y poco tolerantes a la frustración, lo que las lleva a responder de una manera exagerada ante la menor situación conflictiva. (Ver perfil No. 2).

Interpretación del perfil del MMPI de una muestra de 52 hombres, estudiantes de la Facultad de Medicina (1971).

Perfil: 824796310 (25); 5, 7, 14.

Los estudiantes del sexo masculino de la carrera de medicina, en primer semestre, se muestran defensivos, desconfiados, debido a que temen ofrecer abiertamente el cuadro de su personalidad, por lo que niegan sus dificultades. Aunque su adaptación psicológica es adecuada, pueden presentar algunas reacciones emotivas.

Se les percibe como inseguros, insatisfechos, con el medio y con ellos mismos, pasivos y desconfiados



de sus propias habilidades, lo que favorece a que eviten afrontar situaciones desagradables.

Debido a que son personas sensibles, dadas a -- preocuparse por lo que puedan pensar o decir de ellos; - mantienen sus relaciones interpersonales a distancia y - sin afecto por temor a involucrarse emocionalmente, no - obstante se observa que éstas son superficiales e insa- - tisfactorias, lo que les produce depresión.

Presentan cierta disgresión con los principios\_ establecidos por la sociedad es decir, tienen problemas\_ para relacionarse con las figuras autoritarias, así como para controlar su impulsividad, la que manejan en forma\_ intrapunitiva. Por lo que son perfeccionistas tanto con\_ sigo mismos como con los demás. Son personas que no pre\_ sentan padecimientos psicósomáticos. (Ver perfil No.3).

52 hombres, 9° semestre

Perfil: 874'' 1' 92360 (25); 7, 5, 17

Los estudiantes en noveno semestre presentan una conducta defensiva hacia las manifestaciones de perturba\_ ción mental através de una actitud evasiva, aparentando\_ que nada les pasa y que todo está bien. Esto parece re\_ flectar un intento franco de evitar revelar sentimientos\_

socialmente rechazables.

Son vistos como egocéntricos y raros, incapaces de relacionarse a un nivel profundo pues carecen de experiencia de socialización satisfactoria; es por ello que en las relaciones con los demás su conducta resulta inadecuada con una tendencia a resolver sus problemas psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática manifestando persistentemente y a menudo en forma extrema su preocupación relacionada por la salud física, sin llegar a resolver su angustia. Así mismo se observa que tratan de obtener ganancias secundarias por sus síntomas.

Se perciben perfeccionistas en sus exigencias -- tanto de sí mismos como de las otras personas con las que conviven, tienen una visión del mundo como amenaza-- dor lo que hace que muestren una gran variedad de temores, excesivas dudas y preocupaciones.

Por último se podría decir que son rebeldes, -- con problemas para controlar sus impulsos agresivos por lo que se muestran hostiles con las figuras autoritarias y con los demás a los que es posible que culpen de los problemas por lo que atraviesan. (Ver perfil No. 4).

## C A P I T U L O   I V

### " S U M A R I O   Y   C O N C L U S I O N E S "

El objeto de este estudio, fue comprobar si es que\_ existe una mayor tendencia a la somatización en los estu-  
diantes de Medicina a medida que aumentan sus conocimien-  
tos en la carrera.

Para llevar a cabo este objetivo, se eligió a los a-  
lumnos de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. pertene-  
cientes a la generación 71-76.

Se sacaron dos muestras al azar; la primera de ellas  
se obtuvo del Hospital del ISSSTE a el Departamento de -  
Psiquiatría, en donde solo 75 sujetos coincidieron al --  
buscarlos por medio de su identificación en el material\_  
aplicado en 1971 por este departamento.

La segunda, formada por 48 sujetos se sacó en forma  
inversa, es decir, del Departamento de Psicología Médica  
Psiquiatría y Salud Mental a ISSSTE.

Utilizamos el Inventario Multifásico de la Persona-  
lidad de Minnesota (MMPI).

Los resultados se trataron estadísticamente utili-  
zando el "Programa Anovar" (Análisis de Varianza), el --  
que se ejecutó en la Computadora Burroughs B6700, para -

probar todas las hipótesis excepto la hipótesis alterna\_3, para la cual se calculó la Media Aritmética o Promedio de cada escala del MMPI.

Las conclusiones son las siguientes:

1.- Se observó una mayor tendencia a la somatización en los estudiantes de Medicina (escala Hs), cuando van a ingresar al internado (9° semestre), que cuando se encontraban iniciando la carrera (1er semestre); ésto es la adquisición de conocimientos durante la realización de la misma, puede tomarse como una de las causas que favorece esta tendencia.

2.- No se encontró diferencia significativa en la elevación de la escala 3 (Hy); los estudiantes en el internado no presentaron una mayor elevación en esta escala; debido probablemente a que el estudiante tiende a somatizar en una forma más sutil, ésto es solo sentir parcial o totalmente algunos síntomas que son vistos a lo largo de su carrera.

3.- Predominó la elevación de la escala I (Hs) sobre la 3 (Hy) en los estudiantes antes de ingresar al internado, por lo que es posible pensar que los estudiantes manifiesten reacciones hipocondríacas.

4.-A los estudiantes en noveno semestre, al iniciar el internado, se les percibe más ansiosos y angustiados\_ que cuando cursaban el primer semestre. Esto es, debido posiblemente a que el número de responsabilidades se a-- crecenta en ésta etapa, empiezan a afrontar situaciones\_ académicas, nuevas y difíciles, lo que les afecta en cuan\_ to al equilibrio emocional, aceptación positiva de su -- trabajo y actitudes caracterológicas. Así mismo, el he-- cho de que los estudiantes en noveno semestre se encuen-- tren más angustiados, favorece su tendencia a la somati-- zación, ya que esta es utilizada como un mecanismo defen-- sivo para impedir el desencadenamiento de un cuadro pato-- lógico más severo.

5.- En cuanto a la elevación de la escala 2, ésta - significativamente mayor en primer semestre que en el no\_ veno, por lo que es probable que el estudiante al obte-- ner cierta preparación y logros no aumente su sensibili-- dad. No obstante es posible que su tendencia a la soma-- tización satisfaga necesidades personales de seguridad, afecto, atención y prestigio, ya que se les llega a per-- cibir como inseguros, indecisos, insatisfechos con el me\_ dio y con ellos mismos, así como dados a preocuparse con

facilidad.

6.- A pesar de que la escala 8 (Es) no fué considerada para nuestra investigación, se observó una notable elevación de la misma en 9° (novenno) semestre, lo que -- nos está hablando de cómo aumenta la dificultad de estos estudiantes para relacionarse a un nivel profundo y el -- temor a involucrarse emocionalmente. Estas experiencias vitales en ocasiones producen stress psicológico. Pensa-- mos que esta dificultad favorece en ellos la somatización ya que al experimentar stress, lo expresarán en forma de síntomas físicos o fallas del funcionamiento corporal -- con el fin de lograr atención.

En base a la interpretación de los perfiles, pode-- mos concluir que se observaron características específicas en los perfiles de los estudiantes cuando éstos cursaban el primer semestre, que van a favorecer la tendencia a la somatización durante la realización de la carre-- ra.

Se les percibe defensivos, evasivos, carentes de la comprensión de sus problemas y con tendencia a disminuir sus faltas.

Se les observa, de acuerdo con los perfiles obteni--

dos, sensibles, pues se sienten inseguros, insatisfechos, desconfiados de sus propias capacidades, así como dados a preocuparse demasiado, por lo que tienden a evitar situaciones desagradables.

Es decir, ésto favorece a que se les dificulte establecer relaciones interpersonales satisfactorias.

Presentan problemas para controlar sus impulsos agresivos, por lo que se muestran hostiles.

Por otra parte al llevar a cabo la interpretación de los perfiles de 9° semestre, comprobamos que efectivamente en estos estudiantes se desarrolló la tendencia a la somatización. Sugerimos ésto, ya que observamos que debido a que carecen de la introspección de sus problemas tienden a resolverlos por medio de una canalización somática, manifestando extrema preocupación por su salud física.

Así mismo pretenden obtener ganancias secundarias, por medio de los síntomas debido a que existe en ellos una necesidad importante de afecto y aceptación al igual que sentimientos de inseguridad, insatisfacción y minusvalía.

Pensamos que los estudiantes al sentirse más ansio-

INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
UNAM  
BIBLIOTECA

sos y angustiados, aumentan su tendencia a la somatiza--  
ción, y requieren de mecanismos obsesivos para controlar  
la angustia que experimentan, lo que da lugar a que se -  
muestran rígidos, críticos y perfeccionistas tanto de sí  
mismos, como de los demás, lo que favorece el hecho de -  
que sus relaciones sean inadecuadas y superficiales.

Debido a que son irritables, ansiosos y poco tole--  
rantes a la frustración, responden en forma exagerada an  
te la menor situación conflictiva, sintiéndose mal.

Por último, es curioso observar cómo aunque los per  
files en primer semestre son distintos, en noveno semes--  
tre se unifican.



## C O N S I D E R A C I O N E S

Se sugiere para posteriores investigaciones:

- a) Utilizar otro instrumento con el fin de corroborar - nuestros resultados.
- b) Sería interesante llevar a cabo un estudio similar - al presente con alumnos de otras facultades de carreras no humanísticas (arquitectura, derecho, economía etc.)- con el objeto de demostrar si existe en ellos tendencia a somatizar.
- c) De igual forma sería conveniente hacer un estudio en medicos con experiencia en el ejercicio profesional de - su carrera, con el propósito de observar si ésta ten--- dencia se conserva o aumenta; o si por el contrario dis minuye con la práctica.

A P E N D I C E

Profile and Case Summary

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starke R. Hathaway and J. Charnley McKaley

F  
Female

Name \_\_\_\_\_

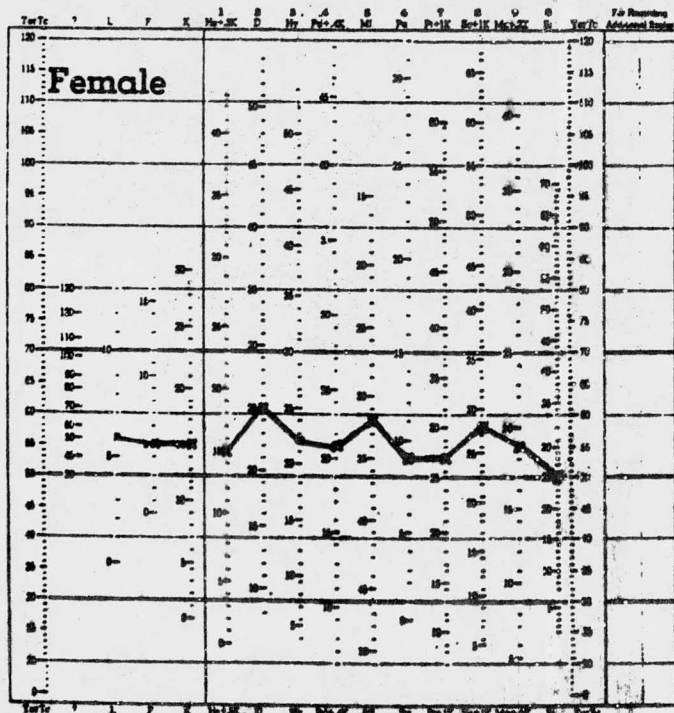
Address \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_ Date Tested \_\_\_\_\_

Education \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Marital Status \_\_\_\_\_ Referred by \_\_\_\_\_

Scoree's Initials \_\_\_\_\_



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	

NOTES

"ISSSTE-PSIQUIATRIA"

Media de cada escala sacada de una muestra de 23 mujeres, estudiantes de Medicina, 1er. semestre.

- 1971 -

Perfil.-

2 8 3 9 4 1 6 7 0 (32); 6, 5, 15.

Raw Score: 6 5 15 7 18 23 18 32 9 12 13 16 22  
 K to be added: 0  
 Raw Score with K: 6 5 15 7 18 23 18 32 9 12 13 16 22

PERFIL NO. 1



F  
Female

# The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Stark R. Hathaway and J. Charney McKinley

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_ Date Tested \_\_\_\_\_

Education \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Marital Status \_\_\_\_\_ Referred by \_\_\_\_\_

**NOTES**

"ISSSTE-PSIQUIATRIA"

Media de cada escala sacada de una muestra

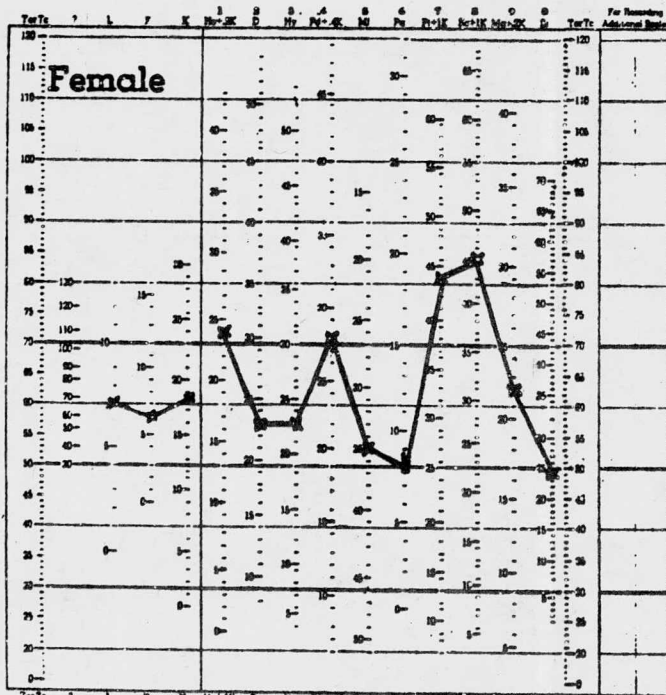
de 23 mujeres, estudiantes de Medicina, antes de iniciar el 9° semestre.

- 1975 -

Perfil.-

87" 14' 93260 (35); 7, 6, 18

Score's Initials \_\_\_\_\_



Person	1	2	3	4
20	11	12	6	
21	15	18	6	
22	14	11	6	
23	14	21	6	
24	11	18	6	
25	12	18	6	
26	12	19	6	
27	18	10	1	
28	12	9	6	
29	12	9	6	
30	11	8	6	
31	10	9	6	
32	10	9	6	
33	10	9	6	
34	10	9	6	
35	10	9	6	
36	10	9	6	
37	10	9	6	
38	10	9	6	
39	10	9	6	
40	10	9	6	
41	10	9	6	
42	10	9	6	
43	10	9	6	
44	10	9	6	
45	10	9	6	
46	10	9	6	
47	10	9	6	
48	10	9	6	
49	10	9	6	
50	10	9	6	

Raw Score 7 6 18 15 23 23 21 25 8 26 27 18 27    ---

K to be added 7 7 18 18 9    ---

Raw Score with K 24 20 44 38 44    ---



PERFIL NO. 2

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



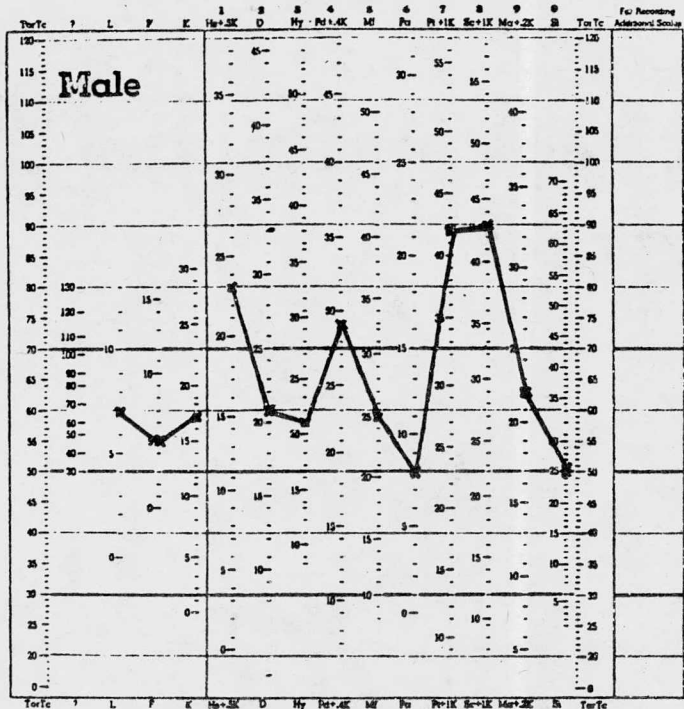
# The Minnesota Multiphasic Inventory

Starke R. Hathaway and J. Charley McKinley

Name \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 Occupation \_\_\_\_\_ Date Tested \_\_\_\_\_  
 Education \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Male

Score's - Initials \_\_\_\_\_



Marital Status \_\_\_\_\_ Referred by \_\_\_\_\_

NOTES

"ISSSTE-PSIQUIATRIA"

Media de cada escala sacada de una muestra de 52 hombres, estudiantes de Medicina; antes de iniciar el 9° semestre.

- 1975 -

Perfil.-

871" 4' 92360 (25); 7, 5, 17.

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

Raw Score 7 5 17 14 21 21 22 25 8 25 26 17 25  
 K to be added 9 7 17 17 3  
 Raw Score with K 16 12 34 38 48 28 30 32

PERFIL NO. 4



Copyright 1948. All rights reserved.  
 THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION  
 304 East 45th Street  
 New York 17, New York

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Profile and Case Summary

F  
Female

# The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starke R. Hathaway and J. Charnley McKinley

Name \_\_\_\_\_

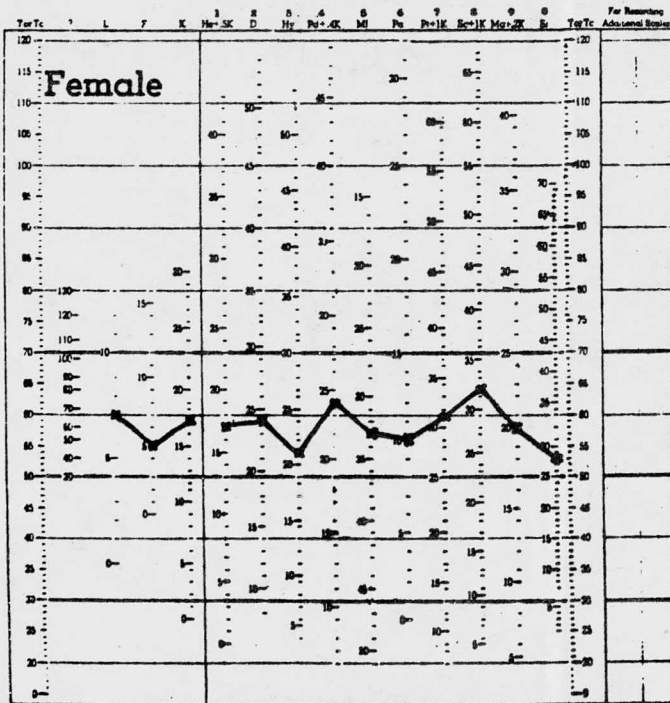
Address \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_ Date Tested \_\_\_\_\_

Education \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Marital Status \_\_\_\_\_ Referred by \_\_\_\_\_

Scorer's Initials \_\_\_\_\_



Scale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
16	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
17	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
18	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
19	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
20	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

NOTES

"PSIQUIATRIA-ISSSTE"

Media de cada escala sacada de una muestra de 18 mujeres, estudiantes de Medicina, 1er. semestre.

- 1971 -

Perfil.-

8 4 7 2 9 1 6 0 3 (33); 7, 5, 17.

New Score 7 5 17 8 24 21 17 23 10 19 15 17 20

K to be added 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

New Score with K 7 5 17 8 24 21 17 23 10 19 15 17 20



PERFIL NO. 5

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starke R. Hathaway and J. Charnley McKinley

F  
Female

Name \_\_\_\_\_

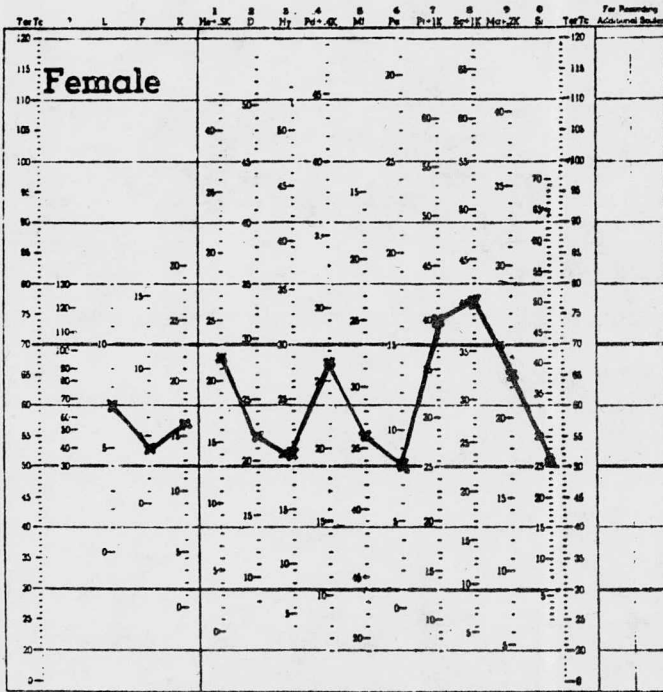
Address \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_ Date Tested \_\_\_\_\_

Education \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Marital Status \_\_\_\_\_ Referred by \_\_\_\_\_

Score's Initials \_\_\_\_\_



Person #	1	2	3	4	5
20	11	12	8	10	10
21	11	12	8	10	10
22	11	12	8	10	10
23	11	12	8	10	10
24	11	12	8	10	10
25	11	12	8	10	10
26	11	12	8	10	10
27	11	12	8	10	10
28	11	12	8	10	10
29	11	12	8	10	10
30	11	12	8	10	10
31	11	12	8	10	10
32	11	12	8	10	10
33	11	12	8	10	10
34	11	12	8	10	10
35	11	12	8	10	10
36	11	12	8	10	10
37	11	12	8	10	10
38	11	12	8	10	10
39	11	12	8	10	10
40	11	12	8	10	10
41	11	12	8	10	10
42	11	12	8	10	10
43	11	12	8	10	10
44	11	12	8	10	10
45	11	12	8	10	10
46	11	12	8	10	10
47	11	12	8	10	10
48	11	12	8	10	10
49	11	12	8	10	10
50	11	12	8	10	10

NOTES  
"PSIQUIATRIA-ISSSTE"

Media de cada escala sacada de una muestra de 18 mujeres, estudiantes de Medicina, 9° semestre.

- 1975 -

Perfil.-

87' 1492360 (34); 7, 4, 16.

Raw Score 7 4 16 14 22 20 20 34 24 24 26 26

K to be added 6 6 16 16 3

Raw Score with K 22 26 26 26 26 26 26 28 27 27 29 29

PERFIL NO. 6



Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_









MUESTRA "ISSSTE-PSIQUIATRIA"

TOTAL = 75 Ss.

ESCALA	MEDIA-1r. SEM.	MEDIA-9° SEM.	NIVEL DE SIGNIFICANCIA (PE.05)
Escala L	5.6400	6.8800	0.0004
Escala F	6.7467	5.1200	0.0030
Escala K	14.5733	18.6800	0.0000
Escala 1	7.6267	14.0533	0.0000
Escala 2	24.0533	22.3200	0.0081
Escala 3	22.3067	21.8800	0.4310
Escala 4	17.8133	22.4000	0.0000
Escala 5	28.2133	28.7200	0.3712
Escala 6	9.6667	8.5600	0.0062
Escala 7	13.7867	26.2133	0.0000
Escala 8	16.3733	26.5733	0.0000
Escala 9	17.6800	18.8533	0.0679
Escala 0	26.8355	24.3867	0.0099

(Tabla No. 1)

## MUESTRA "PSIQUIATRIA-ISSSTE"

TOTAL = 48 Ss.

ESCALA	MEDIA-1r. SEM.	MEDIA-9° SEM.	NIVEL DE SIGNIFICANCIA (PE.05)
Escala L	6.0417	6.7292	0.0533
Escala F	6.3750	4.3953	0.0006
Escala K	15.3958	17.5625	0.0022
Escala 1	6.7083	13.1250	0.0000
Escala 2	23.4792	21.1042	0.0020
Escala 3	20.7917	19.8542	0.2601
Escala 4	17.1250	20.8333	0.0000
Escala 5	28.8125	28.5417	0.7052
Escala 6	9.7500	8.0000	0.0099
Escala 7	14.0208	23.8333	0.0000
Escala 8	15.9792	24.5417	0.0000
Escala 9	17.6875	19.6458	0.0023
Escala 0	27.5625	24.9167	0.0122

(Tabla No. 2)

RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA

MUESTRA OBTENIDA ISSSTE-PSIQUIATRIA				
Total = 75 Ss.				
ANALISIS DE LA VARIABLE 1			- MMPI - (Escala 1) - Hs -	
FUENTE DE VARIANZA	MEDIA DE CUADRADOS	G. L.	RAZON F	P
TOTAL	29.1823	149.		
ENSAYOS	1548.8267	1.	134.	0.0000
ERROR (E.)	11.5159	74.		
MED E.	(1) 7.6267	(2) 14.0533		

(Tabla No. 3)

RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA.

MUESTRA OBTENIDA DE ISSSTE-PSIQUIATRIA				
ANALISIS DE LA VARIABLE 2				-MMPI- (Escala 2) -D-
FUENTE DE VARIANZA	MEDIA DE CUADRADOS	G. L.	RAZON F	P
TOTAL	28.0186	149.		
ENSAYOS	112.6667	1.	7.383	0.0081
ERROR (E.)	15 2613	74.		
MED E.	(1) 24.0533	(2) 22.3200		

Total = 75 Ss.

(Tabla No. 4)

RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA.

MUESTRA OBTENIDA ISSSTE-PSIQUIATRIA				
				Total = 75 Ss.
ANALISIS DE LA VARIABLE 3			-MMPI-	
			(Escala 3)	
			-H4-	
FUENTE DE VARIANZA	MEDIA DE CUADRADOS	G.L.	RAZON F	P.
TOTAL	20.3536	149.		
ENSAYOS	6.8267	1.	0.643	0.4310
ERROR (E).	10.6240	74.		
MED E.	(1) 22.3067	(2) 21.8800		

(Tabla No. 5)

RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA

MUESTRA OBTENIDA ISSSTE-PSIQUIATRIA				
				Total = 75 Ss.
ANALISIS DE LA VARIABLE 7			-MMPI- (Escala 7) -Pt-	
FUENTE DE VARIANZA	MEDIA DE CUADRADOS	G.L.	RAZON F	P
TOTAL	73.1409	149.		
ENSAYOS	5790.8267	1.	191.631	0.0000
ERROR (E.)	30.2186	74.		
MEDIA E.	(1) 13.7867	(2) 26.2133		

(Tabla No. 6)



RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA

MUESTRA OBTENIDA PSIQUIATRIA-ISSSTE				
				Total = 48 Ss.
ANALISIS DE LA VARIABLE 1			-MMPI-	
			(Escala 1)	
			-Hs-	
FUENTE DE VARIANZA	MEDIA DE CUADRADOS	G.L.	RAZON F	P
TOTAL	26.5825	95.		
ENSAYOS	988.1667	1.	95.991	0.0000
ERROR (E) .	10.2943	47.		
MED E.	(1) 6.7083	(2) 13.1250		

(Tabla No. 7)

RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA

MUESTRA OBTENIDA PSIQUIATRIA-ISSSTE				
Total = 48 Ss.				
ANALISIS DE LA VARIABLE 2			-MMPI- (Escala 2) -D-	
FUENTE DE VARIANZA	MEDIA DE CUADRADOS	G.L.	RAZON F	P
TOTAL	21.3877	95.		
ENSAYOS	135.3750	1.	11.209	0.0020
ERROR (E.)	12.0771	47.		
MED (E)	(1) 23.4792	(2) 21.1042		

(Tabla No. 8 )

RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA

MUESTRA OBTENIDA PSIQUIATRIA-ISSSTE				
ANALISIS DE LA VARIABLE 3				Total = 48 Ss.
				-MMPI- (Escala 3) -Hy-
FUENTE DE VARIANZA	MEDIA DE CUADRADOS	G. L.	RAZON F	P
TOTAL	21.8630	95.		
ENSAYOS	21.0938	1.	1.294	0.2601
ERROR (E)	16.3065	47.		
MED E.	(1) 20.7917	(2) 19.8542		

(Tabla No. 9)

RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA

MUESTRA OBTENIDA PSIQUIATRIA-ISSSTE				
Total = 48 Ss.				
ANALISIS DE LA VARIABLE 7			-MMPI- (Escala 7) -Pt-	
FUENTE DE VARIANZA	MEDIA DE CUADRADOS	G.L.	RAZON F	P
TOTAL	58.8052	95.		
ENSAYOS	2310.8438	1.	66.038	0.0000
ERROR (E)	34.9927	47.		
MED E	(1) 14.0208	(2) 23.8333		

(Tabla No. 10)

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

- 1.- Anastasi, A.  
Psychological Testing N.Y. McMillan Co. 1966.
- 2.- Avila M., Izaguirre H. y Sánchez Q. C.  
Normas de Calificación del MMPI en adolescentes de la U.N.A.M. y de la E.N.P. Tesis de Licenciatura - 1970 U.N.A.M.
- 3.- Benno G. Fricke.  
Conversion Histerics and the MMPI University of Michigan.
- 4.- S. Bloch and C. J. Brackenridge  
Psychological, performance and Biochemical factors in Medical students under examinations, stress. -- Journal of Psychosomatic Research, Vol. 16 pp 25-33 1972.
- 5.- Casabal Morales Consuelo y Wengerman Markus Ana.  
Estudio de las características de la personalidad utilizando el MMPI en una muestra representativa de la generación 1973 de la Facultad de Psicología. Tesis de Licenciatura 1974 U.N.A.M.
- 6.- Dallstrom W. Gand Welsh G.S.  
An MMPI Handbook a Guide to use in Clinical practice and research Minneapolis Univ. of Minnesota --- Press 1962.
- 7.- De la Fuente Ramón.  
"Psicología Médica". Edit. Fondo de Cultura Económica. México 1964.
- 8.- Drake L. Ed. Oetting, E.R.  
An MMPI Codebook for counselors. USA Minneapolis - Univ. of Minnesota Press 1972.
- 9.- S.N. Fraizer, Carr C. Arthur.  
"Introducción a la Psicopatología".
- 10.- Good P.K. and Bratner John.

"Practical guide to the MMPI and Introduction for psychologist, psysicians, social workers and other proffesionals. Minneapolis MN. Univ. of Minnesota Press 1974.

- 11.- Gough, H.G.  
Diagnostic Patterns on the Minnesota Multiphasic -- Personality Inventory J. Clin. Psychol. 146, 2p. -- 23 - 37.
- 12.- Guthrie, G.M.  
Common characteristics associated with frequent -- MMPI profile types en G. S. Wesh and Dalstrom (Eds) 1950. Basic Reading on the MMPI in Psychology and Medicine. Univ of Minnesota Press Minneapolis -- 1973 P 45-50.
- 13.- Hathaway S.R. and Meehl, T.E.  
and Atlas for the clinical Use of the Minnesota --- Univ. of Minnesota Press Minneapolis 1951.
- 14.- Hovey, H.B.  
(Dalhstrom, Welsch Edit.) Positive characteristic - of the MMPI Elevation in the Nursing Group. Basic Readings in Psychology and Medicine Minneapolis --- Univ. of Minnesota Press. 1970.
- 15.- Hovey H.B. Somatization and other neurotic reaction and MMPI profiles J. clin. Psychology Vol. 5 Pp 153 - 156. 1970.
- 16.- Hunt, H.F.  
A study of Effect of the K Correction on the Differential Diagnostic. Efficiency of the Minnesota, - Amer Psychol. 1974, 2 P. 273-277.
- 17.- Iturrealde Aviles Jenny D.  
"Trastornos psicossomáticos" Tesina de licenciatura México UNAM.
- 18.- Kazan A.T and Scheinberg, I.M.  
Clinical Note on the significanse Validity Score - (F in the MMPI) Amer J. Psychiat 1945, 102 P. 181-183.

- 19.- Knehr C.R. Kohl R.N.  
MMPI Screening of entering Medical Students. Journal of Psychology 1959, 47 P. 297-304.
- 20.- Labranderos M. Ramírez Moreno A.  
Estudio preliminar de los Factores Emocionales en un grupo de Médicos y Enfermeras de una unidad de Terapéutica Médica Intensiva Psiquiatría 1974 4 No. I P. 35-38.
- 21.- Lastiri López M.A.  
"Estudio Comparativo del Perfil de la Triada Neurótica del MMPI en diferentes grupos socioeconómicos de Adolescentes Mexicanos. Tesis de Licenciatura (no publicada) 1971.
- 22.- Leverenz C.W.  
MMPI, An evaluation of its Usefulness in the Psychiatric Service of a Station Hospital War Med. 1943, 4 P. 618-629.
- 23.- Lipsher, D.H.  
Consistency of Clinicians Judgments Based on MMPI, Rorschach and TAT Protocols Dissert Abatr 1962. 22 (42) P. 4409-4410.
- 24.- McGuigan, F.V.  
Psicología Experimental Enfoque Metodológico Iera. Edición Mexico Edit. Trillas 1971.
- 25.- Meehl, P.E.  
Profile Analysis of the MMPI in Differential Diagnosis, J. Appl. Psychol. 1946, 30 P. 525-564.
- 26.- Meehl P.E. and Hathaway S.R.  
The K Factor as a Suppressor Variable in the MMPI, J. Appl. Psychol. 1946, 30 P. 525-564.
- 27.- Navarro Roberto  
"Orientación Vocacional, Primer ingreso, Cambio de Carrera y sexo en el MMPI.  
Revista Interamericana de Psicología 1973, 7, 1-2.

- 28.- Navarro Roberto  
"El MMPI (Español) Aplicado a Jóvenes Mexicanos. -  
Influencia de Sexo, Edad y nivel de Inteligencia.  
Revista Interamericana de Psicología 1973 P. 127 -  
137.
- 29.- Noyes y Kolb  
Psiquiatría Médica Moderna.  
Biblioteca nueva Madrit 1966.
- 30.- Nuñez Rafael.  
Aplicación del Inventario Multifásico de la Persona  
lidad MMPI, a la Psicopatología Manual Moderno Méxi  
co 1968.
- 31.- Pucheu Regis Carlos.  
"Empleo del MMPI en un programa de prevención de --  
las Enfermedades Mentales". Estudio del Depto. de  
Psicología Médica Psiquiatría y Salud Mental de la  
Facultad de Medicina UNAM. Memorias del 5º Congre-  
so de salud mundial Psiquiatría Excéptica Médica.
- 32.- Reid, LL.  
Compariscn of the Staff Diagnosis and MMPI Diagno--  
sis Proc. W. Va Acad Sci 1953-24 P. 152-153.
- 33.- Reuben, J.S. and LLoyd K,S.  
Diagnostic Efficiency of the MMPI with and without  
the K Correction. J. Clin Psychol. 1972 18 P. 312-  
314.
- 34.- Rivera Jiménez Ofelia  
"Estudio de la Correlación entre el MMPI y el Inven-  
tario de Valores de Hartman (HVI) en un grupo de --  
alumnos del 1er. año de la Fac. de Medicina. Tesis  
de Licenciatura 1970 (UNAM).
- 35.- Schmidt, H.O.  
Test Profile as Diagnosis Aid the MMPI. J. Appe ---  
Psychol 1944, 29 P 115-131.
- 36.- Schmidt, H.O.  
Notes on Tle MMI, the K Factor, J. Consult Psychol.



1948, 12P. 337-342.

- 37.- Schofield  
A study of Medical Students with the MMPI III Personality and Academic Success Apol. Psychol. 1973 37, No. 1.
- 38.- Siegel, S.  
Diseño experimental no paramétrico México Ed. Trillas S.A. 1970.
- 39.- Smith M.  
"Estadística simplificada para Psicólogos y Educadores México el manual moderno 1971".
- 40.- Suárez Carmen.  
Validación de la escala MF del MMPI en un grupo de estudiantes Universitarios Mexicanos, Tesis de Licenciatura UIA, 1968.
- 41.- Stanley Sue y Deral Sue  
MMPI Comparison Between Asian American and Non Asian Students Utilizing a student Health Psychiatric Clinic. Journal of Counseling Psychology 1974 Vol. 2 - (5) P. 423-427.
- 42.- Warren Howard C. Editor.  
Diccionario de Psicología Editorial Fondo de Cultura Económica 1973, México.
- 43.- Wolff Werner.  
"Introducción a la Psicopatología". Fondo de Cultura Económica 119 1965.