

320825
21
24

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO



PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA
Con Estudios Incorporados a la
Universidad Nacional Autónoma de México

RELACION ENTRE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD
Y LA AUTOESTIMA EN MADRES QUE TIENEN HIJOS
CON PARALISIS CEREBRAL.

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
MARIA CONCEPCION GALVAN RUIZ

Director: Lic. Víctor Hugo Dorantes Gutiérrez
Revisor: Lic. José Manuel Pérez y Farias

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
RESUMEN	
INTRODUCCION	
CAPITULO I MARCO TEORICO	
1.1 Antecedentes sobre el concepto de Personalidad	1
1.2 Enfoques Teóricos del concepto de Personalidad	8
1.2.1 Teoría de los Rasgos	18
1.3 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)	25
1.3.1 Antecedentes	26
1.3.2 Estructura del Inventario	31
1.4 Autoestima	44
1.4.1 Antecedentes	45
1.4.2 Definiciones de Autoestima	51
1.4.3 Teorías de la Autoestima	56
1.4.4 Desarrollo de la Autoestima en el ser Humano.	65
1.4.5 La Autoestima de la Mujer	72
CAPITULO II METODOLOGIA	
2.1 Problema	96
2.2 Objetivo General	96
2.3 Objetivos Específicos	97

2.4 Hipótesis	97
2.5 Variables Dependientes e Independientes	98
2.6 Definiciones conceptuales y Operacionales de Variables	99
2.7 Población	101
2.8 Muestra	101
2.9 Tipo de Muestreo	101
2.10 Tipo de Investigación	102
2.11 Diseño	102
2.12 Instrumento	103
2.13 Procedimiento	124
2.14 Análisis Estadístico de Datos	126
CAPITULO III TABLAS Y RESULTADOS	133
CAPITULO IV DISCUSION Y CONCLUSIONES	161
4.1 Alcances, limitaciones y sugerencias	167
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	
Anexo 1 Cuestionario de Autoestima	
Anexo 2 Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)	

RESUMEN

La presente investigación trató de establecer la relación entre los rasgos de Personalidad obtenidos a través del MMPI y la Autoestima de 60 mujeres que tienen hijos con Parálisis Cerebral con una media de edad de 28 años. Se les aplicó en forma grupal tanto el cuestionario de Autoestima creado por Reidl (1961) y el Inventario Multifásico de la Personalidad creado por Hathaway y McKinley (1940). Los resultados obtenidos revelaron una correlación positiva para las madres en términos de que a menor Autoestima mayor elevación de las escalas de validez, F y H; así como de las clínicas entre ellas: 1 (Hipocondriacista), 2 (Depresión), 4 (Paranoia), 7 (Psicastenia), 8 (Esquizofrenia), 0 (Introversión-Extroversión), la edad.

Se concluye que la Autoestima en las madres está influenciada por algunos rasgos de Personalidad.

INTRODUCCION

La influencia que ejercen la Personalidad y la Autoestima de la madres en los primeros años de vida del niño con Parálisis Cerebral es un tema del que poco se ha hablado.

Los factores más importantes del medio ambiente que influyen en la formación tanto de la personalidad como de la autoestima son: los niveles socioeconómicos medio y bajo, las relaciones interpersonales, básicamente la relación padre-madre, siendo aún más significativamente esta última la madre, por su constancia y persistencia a lo largo del desarrollo del niño con Parálisis Cerebral.

La función de la madre en varias culturas ha sido entendida como la responsabilidad que tiene del cuidado del niño en sus aspectos como alimentación, salud, higiene, pero también, es la figura más importante que tendrán los niños y lo que de ella aprendan será la educación más trascendental que cualquier otra que pudieran recibir a lo largo de su vida.

Sin embargo lo anterior es difícil cuando el hijo que ha esperado no cumple los ideales que se había formado, por lo que empiezan los reproches, vergüenza, sentimientos de culpa, desesperación y autocompasión, estos pueden ser abrumadores al grado de que predomine el deseo de alejar de sí la dura experiencia; en algunos casos, el dolor llega al punto de

desear la muerte del niño o a la propia muerte. Si el dolor de enfrentarse a la situación es intolerable, los padres pueden repudiar totalmente al niño, o negarse a aceptar que es "anormal", o pensar que es hijo de otra persona. (Finnie, 1976)

Se ha restado importancia al hecho de que para formar los llamados personas "sanas" se requiere de padres "sanos psicológicamente" que, como es sabido, no se puede dar amor y no se puede hacer feliz a alguien, si no está satisfecho y feliz consigo mismo.

Por eso el estudio de la personalidad y la autoestima de la madre, cuya influencia son principalmente en los primeros años de vida del niño, no sólo son necesarios, sino importantes, para pensar sobre el hecho de que ser madre resulta una responsabilidad tan grande, con su hijo y con la comunidad, ya que el enfrentarla, es difícil por el miedo, a las críticas o al rechazo.

Por lo tanto, es de fundamental importancia la orientación y preparación con respecto a los conocimientos básicos de lo que es la enfermedad y después apoyar a los padres para superar el problema de su hijo.

Para poder brindar esta orientación psicológica a las madres, es necesario conocer a fondo y con bases científicas, lo que

muchas veces a simple vista se ha podido destacar, rasgos de personalidad que afectan o dificultan la autoestima.

El objetivo de éste estudio fue establecer la relación que existe entre los Rasgos de Personalidad obtenidos a través del MMPI y la Autoestima en mujeres entre 20 y 45 años que tienen hijos con Parálisis Cerebral.

Lahey, Russo, Walker y Praceliti (1989) estudiaron a madres de 100 pacientes externos, niños de 6 a 13 años, asociaron el MMPI con conductas antisociales y desordenes de atención con hiperactividad. Para lograr su objetivo aplicaron el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) desarrollado por Hathaway y McKinley (1940). Encontraron que los desordenes conductuales están asociados a problemas de personalidad maternal.

Smith, Burleigh, Sewell y Krisak (1984) efectuaron un estudio mostrando las similitudes y diferencias en cuanto a la relación madre adolescente, dependiendo del sexo. Para lograr su objetivo aplicaron el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) desarrollado por Hathaway y McKinley (1940). Encontraron que el mal ajuste de los adolescentes pudo ser el resultado de una inadecuada comunicación en la familia y la necesidad de implementar un modelo efectivo.

Barrera y Vella (1987) estudiaron la interacción social de 11 diadas madre-hijo, incluyendo, niños normales e incapacitados físicamente. Los resultados indicaron que los padres no se involucraron en la relación con sus hijos y sólo mostraron conductas verbales.

Los resultados obtenidos revelaron una correlación positiva para las madres en términos de que a menor autoestima mayor elevación de las escalas de validez F y K; así como de las clínicas entre ellas, 1(Hipocondriasis),2(Depresión),6(Paranoia),7(Psicastenia),8(Esquizofrenia),0(Introversión-Extroversión) y la edad. Se concluye que la Autoestima en las madres está influenciada por algunos rasgos de Personalidad.

CAPITULO 1
MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES SOBRE EL CONCEPTO DE PERSONALIDAD

La personalidad ha sido estudiada desde la más variada perspectiva y con diversas intenciones para satisfacer múltiples necesidades. El término personalidad se ha vuelto común, y surge de la necesidad de ordenar el material acumulado sobre la conducta del hombre. Así mismo es para los filósofos, psicólogos, antropólogos y sociólogos un derecho el investigar sobre el hombre desde diferentes perspectivas y niveles.

Los psicólogos en la amplitud de su campo de acción, muchos se han dedicado a la investigación y a la construcción de conocimientos sobre la personalidad, pero es tan complejo el concepto que no logran establecer un acuerdo general, sin embargo, los teóricos de la personalidad con fines didácticos han clasificado sus teorías considerando diversos criterios.

Tomando en cuenta lo anterior se mencionarán brevemente algunas de las teorías de la personalidad.

ANTECEDENTES

La palabra personalidad, tiene su origen en el vocablo latino "persona" (per- a través y sonare- sonar). Se le daba este nombre a máscaras ostentosas que se ponían los actores de la Grecia antigua.

El hombre ha conocido siempre la existencia de diferencias entre sus semejantes, por lo que ha sostenido variadas teorías, creencias o supersticiones, relativas a las causas de estas diferencias, y las ha interpretado de formas distintas de acuerdo con su propio fondo tradicional.

Uno de los primeros ejemplos de reconocimiento explícito de estas diferencias individuales se encuentra en Platón, quien enunciaba "no hay dos personas que nazcan exactamente iguales, sino que cada una difiere de la otra en dotes naturaleza" (Citado en Anastasi, 1975).

Tampoco el genio Aristóteles pasó por alto las variaciones individuales, ya que dedicó en sus escritos considerable espacio a las diferencias de grupo, incluyendo las diferencias de especie racial, social y de sexo, en cuanto a las características mentales y morales. Atribuía tales diferencias a factores inatos, según se desprende de este enunciado: "entonces, quizá alguien puede decir: puesto que está en mi poder ser justo y bueno, si lo deseo seré el mejor de todos los hombres". Desde luego, esto no es posible... porque aquel que quiere ser mejor, no lo será, a menos que además se presuponga la naturaleza" (Citado en Cueli y Reidl, 1972).

Teofrasto, dijo: "aunque toda Grecia está bajo el mismo cielo

y todos los griegos seamos educados de la misma manera, tenemos diferente personalidad". Desde esta perspectiva, en épocas muy remotas, el hombre ha dirigido su atención hacia sí mismo en la búsqueda de una explicación de lo que sucede en el mundo exterior. Observándose dos tendencias principales. Por un lado, los hebreos hablan de un conjunto de poderes internos, parecidos a los externos, que manejan al hombre. Pensaron que tratar de conocer estas fuerzas era malo y por tanto dejaron este conocimiento sólo a Dios, por otro lado, el pensamiento griego dice, por lo menos en el tiempo de Sócrates y Platón, que mediante el razonamiento se puede llegar al entendimiento y control de uno mismo, y que esto, a su vez, es el camino a la salvación de un estado moral que está a punto del colapso representado por la máxima socrática: "Conócete a ti mismo", y por el "Prometeo de Esquilo". (Citado en Cueli y Reidl, 1972)

El Estudio de la personalidad ha pasado por tres etapas de acuerdo a (Cattell, 1965): a) La literatura y la filosofía; el primer hombre pensante hasta el novelista y dramaturgo más reciente; b) La protoclinica, surgida a través de los intentos de la medicina para tratar la conducta anormal, enferma y cuyo toma se basó en la generalización psiquiátrica; c) La cuantitativa y la experimental, que se inició a principios de este siglo.

La mayoría de los filósofos y psicólogos prefieren definir la personalidad como un conjunto de unidades objetivas y como algo que existe realmente, aunque algunos no concuerden con esta definición y solo se limiten a descubrirla. (Citado en Allport, 1963)

El sistema evaluativo se deriva de una orientación más básica acerca de la naturaleza y función de los conceptos o sistemas conceptuales en general. Algunos teóricos como (Kelly, 1955) han expresado que los conceptos que un individuo utiliza para ordenar y describir su experiencia tienen un significado adaptativo en el hecho de que le permiten prever, anticipar o predecir, sobre la base de una información limitada, qué es lo que posiblemente suceda en una situación nueva o desconocida.

Cualquier sistema conceptual ya sea el limitado y relativamente simple que los individuos utilizan en sus observaciones cotidianas y los intentos de predicción e influencia que tratan de ejercer sobre sus relaciones interpersonales, o en el caso de un tipo de sistema conceptual más elaborado y formal como en una teoría de la personalidad, puede ser examinado en términos de su valor predictivo y posibilidad de control e influencia. (Citado en Muffiz, 1972).

Las características de una teoría de la personalidad son, según

algunos autores las siguientes: Las afirmaciones de ella deben estar de acuerdo con los datos empíricos que la basan; generar investigaciones; ser simple y sencilla; ser general; suficientemente operacional para poderse comprobar empíricamente; consistente y lógica, y por último debe tener utilidad y valor explicativo y práctico (Hall y Lindzey, 1965; McClelland, 1967; Allport, 1965. Citados en Cueli y Reidl, 1972).

Muchas personas tienden a considerar la personalidad humana como "atracción social". El considerar así la personalidad es que el mismo individuo no es evaluado en la misma forma por diferentes personas. Por lo tanto, otra definición de personalidad es la organización única de características que determina la norma típica recurrente de conducta de un individuo. Así, se tienen diferentes ideas con respecto a la personalidad. Primero, existe la idea de que la personalidad es única. Segundo, ésta es considerada como si estuviera compuesta de muchas características diferentes dentro de una organización particular. Finalmente la organización única de las características se ve como determinante del modelo típico o consistente de conducta. (Whittaker, 1981)

En el lenguaje moderno, personalidad significa la "persona interior que actúa en papeles externos". Hay un inmenso

vocabulario psicológico que describe la personalidad, el cual se ha formado a partir de: personas reales, ficticias, de lugares, algunas tomadas de la astrología, otras han sido tomadas de la medicina.

Los tipos de personalidad tienen importancia en la descripción verbal de la personalidad y se han establecido mediante atributos conductuales, valores o intereses, inclinaciones culturales, referencia a la función biológica y a las actitudes.

En este sentido, la importancia del estudio de la personalidad dentro de la psicología, puede explicarse en función de varias razones:

1) Permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, en determinadas maneras.

2) Integra en un solo concepto los conocimientos que se puedan adquirir por separado de aquellas que podrían considerar facetas, experimentales y abstraídas de una totalidad (la persona), como son la percepción, la motivación, el aprendizaje.

3) Aumenta la probabilidad de predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo.

4) Ayuda a conocer cómo se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad.

Es por eso que en psicología el término personalidad ha sido empleado en múltiples sentidos, de acuerdo con el concepto que representa en cada teoría que lo explica.

1.2 ENFOQUES TEORICOS DEL CONCEPTO DE PERSONALIDAD

Freud (1923) considera que la personalidad es la resultante de la interacción de las fuerzas innatas, instintivas, con aquellas otras también biológicamente determinadas, pero modificadas por el medio. De esta interacción surge el desarrollo del individuo, a través de las fases oral, anal, fálica, de latencia y genital.

También propuso tres componentes estructurales básicos de la psique: El ello, el yo y super yo.

El ello, es el aumento de la energía generada por estimulación interna o externa produce tensión y malestares que el ello no puede tolerar y busca de inmediato aminorarla. A esa tendencia se le llama principio de placer; el ello la sigue y procura satisfacer al instante sus deseos e impulsos instintivos prescindiendo de cualquier consideración racional o lógica.

El yo, es regido por el principio de realidad, que le exige explorarla y retardar la descarga de la tensión hasta disponer del objeto , y la condiciones ambientales idóneas. Esto media como un ejecutivo entre el ello y el mundo explorando la realidad y tomando decisiones sobre posibles cursos del acción.

El super yo, es el instrumento que internaliza la influencia de los padres representen la moral y las normas sociales que han llegado a formar parte del mundo del individuo en el curso del desarrollo de su personalidad. Es la conciencia, el juez del bien y el mal conforme a las normas internalizadas de los padres y en forma indirecta de la sociedad.

Jung (1964) señala que el sí mismo es el arquetipo central, el arquetipo del orden y la totalidad de la personalidad, "El consciente y el inconsciente no están necesariamente en mutua oposición, si no que se complementan para formar una totalidad, que es el sí mismo". Jung, señala que "uno debe ser lo que es"; uno debe describir la propia individualidad, ese centro de la personalidad que se encuentre entre el consciente y el inconsciente. (En Fediman y Freger, 1976)

Skinner (1953) menciona que la personalidad, en el sentido del sí mismo (self) separado, no tiene cavidad en un análisis científico de la conducta.

Define la personalidad como una colección de patrones de conducta. Las diferentes situaciones provocan distintos patrones de respuesta. Cada respuesta individual se basa únicamente en experiencias previas y en la historia genética. (En Fediman y Freger, 1976)

Adler (1931) Subraya la organización única, total de todos los elementos psíquicos en cada individuo. Según su interpretación propia ha extraído siete conformadores de la personalidad:

1) Inferioridad: el hombre nace sintiéndose incompleto e irrealizado, con un profundo sentimiento de inferioridad. Todo lo que se encuentra frente al recién nacido es mejor, más grande, mayor y más completo que él. Sin embargo, a medida que sigue viviendo su sistema perceptual le hace darse cuenta de su papel inferior en la sociedad. Pensó que el hombre nace con un órgano potencialmente débil en su cuerpo, que vendría a rescatarlo cuando las presiones de la vida se le volvieran demasiado difíciles de sobrellevar, y a esto le llamó inferioridad orgánica.

2) Superioridad: indica que cada individuo está luchando por ser superior dentro de sí mismo y no necesariamente en competencia con otros hombres.

3) Estilo de Vida: el estilo de vida que cada ser humano busca es una combinación de dos cosas. La dirección de la conducta dictada e impulsada desde el interior y las fuerzas de su ambiente que ayudan, interfieren o remoldean la dirección que el deseo interno quiere tomar. La parte más importante de este sistema dual es el self interno de cada ser humano.

4) Yo Creador: esto quiere decir que el hombre crea una estructura del self (sí mismo) a partir de su pasado hereditario, interpreta las impresiones que recibe durante el transcurso de su vida, busca nuevas experiencias para realizar sus deseos de superioridad y reúne todo esto para crear un self que es diferente de cualquier otro self y que describe su propio y particular estilo de vida.

5) Yo consciente: esto se refiere a que el hombre se da cuenta de todo lo que está haciendo y en base al autoexamen puede deducir el porqué de haber actuado en cierta forma. La consciencia es el núcleo de la personalidad.

6) Metas Ficticias: pensó que el pasado es en realidad importante, ya que de éste surge el estilo de vida y el self creativo, es el futuro el que moldea lo que el hombre hará con su self creativo en cualquier momento dado: "Solo la meta final puede explicar la conducta del hombre". Esta puede ser una ficción debido a que ha sido fabricada como un ideal que se desea alcanzar; independientemente de que está alejada de la realidad y será inalcanzable por el self creativo que lucha por la superioridad.

7) Interés Social: el hombre también es un ser humano socialmente interesado ya que el interés reside en el ambiente

social que lo rodea. (Citado en Bischof, 1975)

Horney (1937) anota que la cultura en que vivimos, genera gran cantidad de ansiedad en los seres, ya que la neurosis es un resultado natural del individuo que vive en una sociedad industrializada como la que conocemos.

La conducta central de su teoría era la neurótica, y señala que la resolución de ésta produciría una sociedad mejor y más sana. (Citado en Cueli y Reidl, 1972)

Fromm (1939) cree que el individuo a través de sus primeras relaciones con sus padres desarrolla el respeto propio y la confianza a sí mismo.

La teoría de la personalidad de Fromm (1939), comprende también la noción de los tipos psicológicos o de carácter semejantes en algunos aspectos a la teoría de Horney (1937) de las actitudes básicas de la vida: receptivo, explotador, ahorrativo, mercantilista y productivo, nunca se presentan en un estado puro sino que se ven en mayor o menor proporción en todos los individuos. (Citado en Whittaker, 1981)

Para Sullivan (1953) la personalidad no existe aparte de las relaciones interpersonales. Sostiene que el hombre es producto

de la interacción con otros seres humanos, y que la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento mismo de su nacimiento. (Citado en Cueli y Reidl, 1972)

Cattell (1950) opina que todos los psicólogos hacen uso de las matemáticas, aunque solamente sea en los tests psicométricos, también es conocido por utilizar las matemáticas en la formulación de conceptos básicos en teoría de la personalidad. Cattell, intenta obtener una lista completa de todas las conductas humanas. Señala que si una conducta es indispensable en nuestra cultura tiene que tener un nombre.

El espacio matemático al cual se refiere puede llamarse espacio de la personalidad o esfera de la personalidad.

Este autor define a la personalidad como aquello que permite predecir lo que hará una persona en una situación determinada, menciona que la conducta humana, empieza en donde terminan las razones y comienzan los instintos. (Citado en Geiwitz, 1977)

Allport (1937) ha tratado de centrar la atención sobre el verdadero objeto de este estudio: El hombre en sí mismo, con toda su complejidad su unicidad y su capacidad de cambio.

Describe al hombre que actúa y que reacciona. Esta criatura, afirma ha de ser comprendida tanto a nivel de sus hábitos aislados como de la filosofía vital. De tal manera que si un niño sufre perturbaciones, éstas van a influir poco o mucho en su conducta cuando sea adulto.

Algunas de las teorías siguientes son las bases fundamentales de Allport para fundamentar las Teorías de los Rasgos.

Teorías Ideográficas

Buscan regularidades interindividuales, estudiando pocos casos únicos; basan sus afirmaciones y suposiciones en el reporte de lo que es inmediatamente observable e interpretable en términos de la situación y localización dentro del espacio vital más amplio del que percibe o se comporta ; es decir, que atiende a la interpretación que da el sujeto de lo que sucede dentro de él, de acuerdo a como él lo percibe, a su realidad subjetiva, subrayándose las características únicas y el estudio de la personalidad total.

Teorías Nomotéticas.

Buscan regularidades interindividuales estudiando a grandes conjuntos de sujetos al mismo tiempo, investigando cuáles aspectos o factores se presentan en todos, con más o menos regularidad, y tratan de descubrir las leyes generales que

explican y gobiernan a éstos. (Cueli y Reidl, 1972)

Teoría Biológica de la Personalidad.

Explica que la personalidad de un individuo depende del modo de adaptación o supervivencia que resulta de la interacción de sus necesidades orgánicas con el entorno, al mismo tiempo favorable y hostil a estas necesidades, a través de la intervención de un Sistema Nervioso Central plástico y modificable (Citado en Allport. 1963) es decir, que cada organismo adopta formas distintas, las cuales utiliza como modo de supervivencia y adecua cada una de ellas a sus propias necesidades y al medio ambiente que lo rodea.

Teoría Genética.

Indica que la personalidad humana es 100% genética puesto que desde que se nace se tiene personalidad; pero además esta se ve influenciada por la constitución física, el temperamento y la inteligencia; conforme se va creciendo y desarrollando se adquiere capacidades y características que ya se tenían, que con el tiempo han ido evolucionando. (Citado en Gerald, 1973)

Teoría del Aprendizaje.

Esta inicia con las primeras fases de la vida, en donde se va desarrollando cada impulso, modificado por la experiencia cada vez más hábiles, permitiendo satisfacer los demás impulsos

del individuo, donde como resultado actitudes que el ser humano va asimilando mediante impresiones incorporadas a la experiencia.

Estas impresiones aumentan con el tiempo disponiendo cada vez más de una mayor cantidad de estas y que el sujeto puede llegar a utilizar en el momento que considere necesario.

Se postula además un agente dentro de la personalidad que maneja en conjunto las funciones del sentido de sí mismo, que atrae especial atención de los sentimientos de inferioridad y la conciencia moral; estos elementos intervienen en muchos aspectos importantes que afectan el funcionamiento y estructuración de la personalidad.

El sí mismo se adquiere, por lo cual se considera importante aplicar el aprendizaje, especialmente en los primeros años de vida, para que finalmente las sensaciones y experiencias sean las base principal del aprendizaje subsecuente.

Teoría de la Motivación.

Esta teoría procura en todo lo posible detectar impulsos simples capaces de explicar la conducta humana, su propósito es, que el organismo no reciba más fuerzas interiores como los instintos, actitudes, intenciones y propósitos, sino que todo

lo que reciba sea del exterior, llamando a esto estímulo-respuesta; en donde ninguna actividad tiene el carácter que normalmente tienen los instintos de tender a la realización de un propósito.

Finalmente, se llega a la conclusión de que la personalidad comprende todos los aspectos del carácter humano, como son: Habilidad, moralidad, temperamento e intelecto, además de actitudes que han sido elaboradas en el curso de la vida del individuo, agregando procesos y estados psicológicos del sujeto. (Allport. 1963)

1.2.1 TEORIA DE LOS RASGOS.

Esta teoría clasifica a las personas de acuerdo al grado con el que pueden ser caracterizada en términos de un número de rasgos. Según tales hipótesis, se puede describir una personalidad por su posición en un número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo (Hilgard, 1962). Uno de los representantes de este tipo de teoría es Allport

Estas teorías proponen que de acuerdo a la cantidad de rasgos que posee un individuo, será dada una personalidad determinada. Allport (1937) infiere que los siguientes conceptos son básicos para elaborar una explicación sobre el concepto de personalidad, hábitos, rasgos, reflejos condicionados, actitud y persona. El mayor enfoque se lo da a su teoría, dado que las actitudes e intenciones son las más equivalentes, así también llamada psicología de los rasgos: Ya que los últimos (actitudes e intenciones) están en la parte más importante del status motivacional.

Para Allport (1963) "personalidad" es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos.

En ésta definición hay ciertos aspectos fundamentales: el concepto "organización dinámica", refiere que la personalidad se encuentra en continuo desarrollo y cambio.

Paralelamente existe una organización sistemática que posee y comparte compuestos de la personalidad, la frase psicofísico, anota que la personalidad no es meramente psicológica o mental, se refiere a los dos aspectos, cuerpo y mente interrelacionados en la personalidad del individuo.

Esto indica que la personalidad está encausada hacia objetivos determinantes que participan intrínsecamente en la conducta del individuo.

Un rasgo siempre se encontrará en el individuo y éste podrá ser inferido a través de sus conductas, existiendo independientemente del observador.

La conducción de un rasgo es vital en dos aspectos: a) maneja la recepción del estímulo, y b) dirige la respuesta.

Un rasgo tiene un objetivo directo (hay una disposición a la respuesta) estructurado y duradera que se diferencia de un hábito, porque este solo señala una forma intangible de respuestas dadas a una situación estímulo y que está

entrelazada por la práctica y la experiencia.

El rasgo es adquirido, es la manera en que un sujeto responde al medio. Esto también depende del temperamento inteligencia y las constituciones, ya que éstas son predisposiciones innatas. El término rasgo ocasionalmente se usa como actitud.

Rasgo y Actitud.

Una mera disposición a la respuesta es un rasgo, lo mismo que una actitud. Un rasgo es individualizado, hace distinto al ser humano.

También puede ser una actitud; puede guiar la conducta de la misma manera que volverse compulsivo o dinámico.

Este también le ocurre a la actitud, ya que ambos son de naturaleza biofísica y combinan la herencia y el aprendizaje.

Sin embargo, en base a esto se señalan tres objeciones:

1.- Una actitud tiene muy bien definido un objeto de referencia, tanto conceptual como material y los rasgos carecen de ésta. Entre más sean los objetos que accionan una actitud, tanto más se parecen esta a un rasgo.

2.- Las actitudes pueden ser generales y específicas, mientras que un rasgo es general.

3.- Actitud significa la aceptación o rechazo del objeto o concepto de valor a que la disposición esta vinculada. Las actitudes conducen al sujeto a acercarse o a adaptarse a afirmar o a negar, los rasgos no tienen direcciones bien definidas.

Los conceptos actitudes o rasgos resultan ser indispensables para la comprensión en el estudio de la personalidad.

El concepto de actitud se debe emplear cuando la disposición está enlazada a un objeto de valor; es decir, cuando está dada por una clase de estímulos bien definida, y cuando el individuo siente hacia ellos atracción o repulsión.

Rasgo y Tipo.

Allport (1937), dice que el concepto de tipo tiene una referencia biosocial que habla de una persona que tiene un rasgo, más no decir que tiene un tipo. Esto denota que los tipos existen no en personas o en la naturaleza si no más bien en los ojos del que está observando. El rasgo puede representar la unicidad de la persona, mientras que el tipo debe englobarlo.

Existen varias clases de tipos: tipos literarios, patológicos, constitucionales, estadísticos e ideales.

Hipócrates clasificó dos tipos principales:

- a) tipos equilibrados (sanguíneos y flemáticos).
- b) tipos extremos (cólera y melancólico)

Rasgos Individuales y Rasgos Comunes.

Los teóricos de la personalidad mencionan que no hay dos personas que tengan fijamente el mismo rasgo, aunque dos personas sean agresivos, el matiz de su agresión y su estilo va a diferenciar el uno del otros.

Tomando en cuenta básicamente los rasgos se deduce que:

- El rasgo individual es un verdadero rasgo porque:

a) Siempre está en el individuo y no disgregado en la sociedad.

b) Porque los rasgos al desarrollarse y generalizarse llegan a ser netamente únicos y varían dependiendo de las experiencias del ser humano.

El rasgo común (continuo) no es un rasgo real, sino es un conjunto de rasgos individuales. Los rasgos comunes son aquellos aspectos de la personalidad con respecto a los cuales pueden ser comparados la mayor parte de las personas maduras que viven dentro de una cultura dada.

La teoría de los rasgos afirma que los nombres de los rasgos son símbolos surgidos socialmente desde una combinación de intereses culturales, psicológicos y éticos con el fin de señalar y valorar las cualidades humanas.

Naturaleza de los Rasgos.

Stern, (1923) sugiere que la consistencia de un rasgo es meramente un ideal o un concepto límite. Lo anterior por dos razones: una es que en ningún momento de su existencia es el hombre un ser meramente adaptativo y entregado a su propia conservación; siempre hay en su comportamiento un elemento de autodesarrollo y de crecimiento. (Citado en Allport, 1937)

Además un rasgo nunca es por entero independiente del mundo exterior, sino que esta en constante relación con él.

El rasgo indica la manera en que la persona reacciona ante el mundo, pero nunca los estímulos que provocan la reacción son completamente los mismos y por lo tanto nunca las diversas expresiones de uno y el mismo rasgo concuerdan completamente entre sí.

El rasgo es cada vez ligeramente diferente, porque enfrentan otras condiciones determinantes y estas condiciones no sólo

producen una especial coloración de cada acto promovido por un rasgo, sino, que también pueden influir sobre el rasgo mismo en forma permanente.

Usa el término carácter para definir la personalidad, mencionando la forma de ser que el individuo posee completamente y tomando en cuenta una predisposición hacia actos de voluntad.

Por otra parte, la neurofisiología menciona que la actuación de un rasgo es dinámica. Se manifiesta en dos aspectos:

- a) Gobierna la reacción del estímulo, y
- b) Dirige la respuesta.

En otro sentido los rasgos inician conductas y muestran poder de iniciativa. Un rasgo puede ser: las ambiciones, las fobias, los intereses, las inclinaciones, las compulsiones, los valores, los pasatiempos, las predilecciones, los gustos.

1.3 INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (MMPI)

El inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) es una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el campo de la evaluación de la personalidad en todo el mundo. Desde que fue desarrollada en 1940, ha sido frecuentemente empleada y se han implementado múltiples adaptaciones así como estandarizaciones en los países donde se aplica actualmente.

El MMPI cumple con una rígida validez de constructo, que además permite un serio tratamiento estadístico de los datos obtenidos. Cuenta asimismo con las ventajas de una prueba proyectiva, al ser un instrumento autodescriptivo es decir que con ella se pueden evaluar las características propias de la personalidad del individuo, a la vez que se puede comparar al sujeto con la norma del grupo al que pertenece. (Citado en Rivera, 1987)

1.3.1 ANTECEDENTES

A fines de 1938, Hathaway y Mckinley comenzaron a reunir frases para una prueba que crearon convencidos de las necesidades existentes de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, multifásicamente, por medio de escalas o perfiles que fueran tan útiles tanto para la investigación como para la práctica clínica.

Hathaway, en 1939, desde antes de iniciar la etapa de colaboración con Mckinley, señaló que muy poco se había escrito sobre individuos no neuróticos, aun cuando mucho se escribía sobre el neurótico y sus múltiples malestares.

Al elaborar la prueba que originalmente se llamó Registro Multifásico de la Personalidad (Hathaway y Mckinley 1940), se tuvo en cuenta la educación y la cultura de los sujetos a quienes se les administraba, para que las frases fueran comprendidas aun por personas sin un alto nivel intelectual o cultural. El propósito de esta primera presentación era valorar mayor número de tipos de personalidad y obtener más validez que las ofrecidas por los inventarios de personalidad publicados ya desde hacía veinticinco años.

Las frases se basaron en las preguntas que se hacen para

elaborar historias clínicas de medicina general, neurológicas y psiquiátricas, como también en escalas publicadas en esa época con fines de encontrar datos sobre la personalidad y escalas que ofrecían informes sobre orientación vocacional.

La lista original consistió en mil doscientas frases que posteriormente se redujeron a quinientas cuatro. Las entradas fueron formuladas en oraciones declarativas de la primera persona del singular. La mayoría de las entradas se expusieron en frases afirmativas, pero también existían otras de tipo negativo. No se utilizaron oraciones en forma de interrogaciones y en muchos casos la forma gramatical fue alterada para dar mayor brevedad a la expresión, claridad y simplicidad a las frases.

Cada entrada se imprimió en tarjetas, estas tarjetas se le daban al sujeto junto con una caja en la que había tres divisiones; se le decía que leyera lo que decían las tarjetas y decidiera si el contenido de ellas era o no cierto en lo que a él se refería. En esa época (1940) los autores tenían una tercera clasificación, además de "cierto" y "falso", que se acumulaba en la última división de la caja, ésta era la de "No puedo decir", pero actualmente ya no se utiliza.

En la actualidad se utiliza un folleto en el que se encuentran

las frases o entradas y las instrucciones. El sujeto responde a una hoja de respuestas marcando con un lápiz si la pregunta es cierta o mayormente cierta en su caso, rellena el espacio correspondiente marcado con la letra C, o si la oración es falsa o no mayormente cierta en su caso, rellene con el lápiz el espacio bajo la letra F. Existen dos tipos de folletos en la actualidad: El primero, Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI Español, que tiene todas las quinientas sesenta y seis frases, con su correspondiente hoja de respuestas, y que fue traducido por el Personal Técnico del Centro de Orientación de la Universidad de Puerto Rico. El otro tipo consiste en un menor número de frases preparadas en un folleto publicado recientemente en el que el sujeto contesta utilizando una hoja de respuestas especial para contestar; en realidad es una forma abreviada de la prueba ya que solamente consiste en trescientas noventa y nueve frases seleccionadas en tal forma que la validez y confiabilidad de la prueba se mantiene, ya que estas frases siguen siendo las mismas utilizadas en la prueba original.

Dahlstrom y Welsh (1960) han logrado seleccionar doscientas trece escalas diferentes que incluyen: Aprovechamiento escolar, alcoholismo, índice de ansiedad, ansiedad manifiesta, control, delincuencia, negación de síntomas, escapismo, inmadurez emocional, epilepsia, fortaleza del ego, masoquismo femenino,

tendencias a cefaleas, control de la hostilidad, histeria de conversión, necesidad de afecto, altruismo, normalidad, predicción de modificación, paidofilia, rigidez, desviación sexual, etc. que han sido investigadas por Welsh, Hathaway, Meehl, McKinley, Schofield, Pepper, Strong, Gough, Beall, Pantan, Barron, Monachesi, Guthrie, Hampton y otros.

Sin embargo, las escalas básicas utilizadas son: cuatro de validez y nueve clínicas. Originalmente las preguntas que integran las escalas clínicas se iniciaron basándose en el hecho de que el informe que el paciente le ofrece al médico verbalmente no es tan confiable o válida como cuando esa misma información es obtenida cuando el paciente es estimulado a contestar preguntas por medio de respuestas tales como Cierto, Falso o No puedo contestar.

Estas preguntas se formulan de acuerdo con la experiencia clínica, sin embargo, también se tomaron en consideración las preguntas comúnmente usadas en los textos de psiquiatría de la clase de las utilizadas en la obtención de historia clínica en casos de enfermos en general y de pacientes neurológicos, así como preguntas encontradas en los inventarios de la personalidad existentes, y en actitudes que poco a poco fueron disminuyendo hasta llegar a las 566 que se encuentran en el folleto publicado por la Universidad de Minnesota y que es

distribuido por la Corporación Psicológica de Nueva York (1959).

Muchos psicólogos e investigadores muestran, por lo general, sorpresa por el tiempo que puede tardar una persona en contestar la prueba, que promedia entre una hora y hora y media.

Inicialmente las preguntas más bien se reducían a frases declarativas presentadas en la primera persona del singular. La mayoría se especificaban en sentido afirmativo, pero también existían algunas negativas. Las frases se estructuraron seleccionando las palabras utilizadas con mayor frecuencia por la mayoría de las personas. El sentido de las frases se restringió a temas conocidos. Como se señalaba anteriormente se puede observar que en ocasiones la forma gramatical fue sacrificada con fines de hacer la frase breve, simple y clara, pero sin que la oración fuese confusa e incomprensible.

Posteriormente, se agregaron al instrumento las escalas de Masculino-Femenino (MF), y de Introversión Social (SI).

1.3.2 ESTRUCTURA DEL INVENTARIO

El instrumento está formado por dos tipos de escalas de validez (7, L, F y K) y las escalas clínicas (1 Hs, 2 D, 3 Hi, 4 Dp, 5 Hf, 6 Pa, 7 Pt, 8 Es, 9 Ma, 10 SI).

Escalas de Validez

Las escalas de validez tienen como propósito primordial determinar si las respuestas del inventario no fueron distorsionadas en un grado tal, que pudieran alterar tanto la clasificación como la interpretación de la prueba.

La escala 7 "No puedo decir", se obtiene contando el número de frases que el sujeto no contesta. Actualmente se le enfatiza al sujeto que conteste todas las preguntas y se ha abandonado la parte de la consigna en que se le explica al sujeto que si la oración o proposición "no se aplica a usted o si se trata de algo que usted desconoce, no haga marca alguna en la hoja de contestaciones". Una alta puntuación en esta escala, debido a que el sujeto no sabe como contestar, indica que no se puede llegar a ninguna conclusión sobre él en particular.

La escala L está integrada por 15 frases, que presentan situaciones deseables socialmente, pero que rara vez son realizadas por el individuo. La puntuación baja se encuentra en sujetos perceptivos, socialmente adecuados, confiados en sí mismos, independientes, ocasionalmente sarcásticos y cínicos, con gran fluidez verbal y muy comunicativos, espontáneos, de ideas ingeniosas y con capacidad de ser líderes efectivos.

Aunque admiten con franqueza sus fallas sociales, parece ser que con esta postura existe una necesidad exhibicionista en comunicar padecimientos o faltas no aceptadas socialmente, y puede ser debido a una tendencia a negar otras limitaciones psicológicas.

La puntuación alta, es raramente observada en sujetos normales, generalmente son personas de inteligencia limitada, convencionales, pasivas e inseguras, rígidas y carentes de comprensión de sus propios problemas.

La escala F está integrada por 64 frases que se seleccionaron debido a que la puntuación de los sujetos normales seleccionados era muy baja en la escala, ya que solamente llegaban a 2 ó 4 puntos. Los puntajes altos en esta escala son sujetos que tienen motivaciones especiales para aparecer como personas inadecuadas, incompetentes, mentalmente enfermas o que

buscan la manera de evitar responsabilidades extremas, que fingen estar enfermos. Las puntuaciones bajas se encuentran en personas caracterizadas por su sinceridad, moderación, honradez, que son confiables, calmadas, pacientes, leales, vivaces y modestas.

Las personas con puntuaciones altas también son arrogantes, presumidas, oportunistas, inquietas, inestables, constantemente insatisfechas, rebeldes e inconformes eternas.

La escala K es la que se origino más recientemente entre las escalas de validez y mucho más compleja, se utiliza combinada con 5 escalas clínicas, Hs, Dp, Pt, Es y Ma; con estas escalas tienen un propósito correctivo. Las personas normales con puntuaciones altas, son descritas generalmente como emprendedoras, ingeniosas, dinámicas, enérgicas, racionales, con mucha iniciativa, versátiles (Gough, McKee y Yandell, 1955). Son muy hábiles en mantener y manejar situaciones sociales, actuando en tal forma que parece que tienen mucha experiencia en sus relaciones interpersonales; si entre este grupo existe inseguridad, son capaces de mantener una apariencia de imperturbabilidad admirable. La puntuación baja se encuentra en sujetos que han sido clasificados como desconfiados, inhibidos, superficiales, sumisos ante figuras autoritarias.

Escalas Clínicas

La escala 1 (Hs, Hipocondriasis) Fue el primer grupo clínico que se estudio (McKinley y Hathaway, 1940), considerándose que este grupo estaba integrado por pacientes psiconeuróticos extremadamente preocupados con su bienestar físico, con su salud. Las frases que se seleccionaron para integrar la escala y que se denominó Hs, se integró con aquellas que eran respondidas con mayor frecuencia ya como Ciertas o Falsas. Las personas con puntajes altos de acuerdo con el estudio de Hathaway y Neehl (1951) son sociables, entusiastas, amables, con amplia variedad de intereses, versátiles, en tanto que las mujeres son modestas, francas, ordenadas y comunicativas.

También expresan en forma constante sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática manifestando persistentemente y a menudo en forma extrema sus preocupaciones relacionadas con su salud física. La puntuaciones bajas se encuentran en personas que ofrecen muy poca o ninguna preocupación somática.

La escala 2 (D, Depresión), señaló la manera estadística con la que era posible diferenciar clínicamente pacientes deprimidos de sujetos normales, como también el hecho de que la mujer ofrece una puntuación más alta que el hombre en esta escala. El grupo normal que ofrece una puntuación alta en esta escala está

integrado por personas que pueden describirse como serias, modestas, individualistas, con intereses estéticos, insatisfechas con el medio y con ella misma, tienen tendencias a preocuparse demasiado, emotivas, de temperamento nervioso, generosos y sentimentales. Otras características incluyen apatía, evasión, convencionalismo, indiferencia, silencio, aislamiento, sumisión, timidez. Son además muy controlados, indecisos, responsables, pero desconfiados en sus propias capacidades pesimistas. Tienen la tendencia a evitar involucrarse en sus relaciones interpersonales y por ello mantienen relaciones a distancia y sin efecto.

La escala 3 (Hi, Histeria), sin duda la dificultad que se encontró (Hathaway y McKinley, 1944), fue debido a que en el Hospital Mayo Memorial se delinea la Histeria libre de otros síntomas neuróticos; problema que en cualquier institución psiquiátrica se puede presentar. En casos en que se presentaban síntomas de conversión no existió gran obstáculo para diagnosticar, pero si se presentó una serie de dudas en casos para diferenciar histeria de esclerosis múltiple o de hipocondriasis o de reacción esquizofrénica incipiente. En puntajes altos se encuentran características de la personalidad tales como idealista, ingenuos, sociales, perseverantes, comunicativos, afectuosos, sentimentales, individualistas, infantil, impaciente, inhibido, entusiasta,

accesible y colaborador en actividades sociales. La mujer con esta escala alta es generalmente irritable, con molestias de las que se queja con frecuencia, dependientes, amistosas y leales. Cuando la puntuación es baja las personas son generalmente estables, con intereses estéticos, convencionales, controladas, pacíficas y restringidas, no participan en situaciones sociales, no les interesa la vida agitada.

La escala 4 (Dp Desviación psicopática) tiene por objeto el estudiar todo ese grupo conocido clínicamente como personalidad psicopática, término que incluye personas con conducta asocial, caracterizados por cuadros patológicos en estructura de su personalidad con mínima angustia, y poco o ningún sentido de malestar. El diagnóstico de desordenes de la personalidad incluye en la actualidad (Mensh, 1965) a la personalidad psicopática, reacciones antisocial, perversión sexual, alcoholismo, se incluye a personas también mentalmente enfermas que ese encuentran en desacuerdo e inconformidad con el medio ambiente social, con el medio cultural. Los sujetos con puntuaciones altas tienen como características principales el ser rebeldes, cínicos, no hacen caso de reglas establecidas en su grupo social, son agresivos con las demás, egoístas; son por otra parte sujetos entusiastas, francos, individualistas, se preocupan demasiado y son muy sensibles. Las puntuaciones bajas están representadas por personas que, de acuerdo con la

descripción de Hathaway y Meehl (1951) son convencionales y de poco interés. Son más bien sumisas, complacientes, aceptan la autoridad y en este sentido hacen todas las cosas que se les prescriben. Son así mismo personas de buen temperamento, persistentes y tienen metas adecuadas. Son personas agradables, un tanto tímidas, sinceras y confiables.

La escala 5 (Mf, Masculino-Femenino), fue obtenida al comparar la frecuencia con que las frases eran interpretadas por un grupo de sujetos normales o que no manifestaban patología o rasgos homosexuales y un grupo de homosexuales. También se comparó la frecuencia de las interpretaciones de hombres y mujeres.

Para cualquiera de los dos sexos una puntuación elevada en esta escala implica una organización en dirección al sexo opuesto.

Esto no implica que el sujeto que ofrece una puntuación alta en esta escala tenga inclinaciones homosexuales. Lo que encuentran entre sujetos normales es característica de pasividad y dependencia; entre los hombres, sensibilidad, idealismo, sociabilidad, con intereses estéticos, filosóficos, socialmente perceptivos y capaces de darse cuenta y reaccionar entre las sutilezas involucradas en las relaciones interpersonales, ofreciendo inferencias prácticas y valiosas. Las mujeres más

bien son amantes del peligro, tienen mucha fortaleza física, se enfrentan adecuadamente a la vida, se relacionan con gran facilidad con la gente, dan apariencia de tranquilidad y estabilidad. Tienen un sistema de valores que les conduce a favorecer carreras propias de hombres y la característica principal está en función a la agresividad que manifiestan, también es sensible e idealista, modesta y con buen sentido común. La puntuación baja en las mujeres puede presentar a menudo pasividad masoquista.

LA ESCALA 6 (Pa, Paranoia), se derivó de la utilización del MMPI con pacientes diagnosticados con síntomas paranoides. No se le llama paranoia, sino más bien los pacientes habían sido diagnosticados comúnmente como estado paranoide, condición paranoide, o esquizofrenia paranoide. Los sujetos normales con alta puntuación son perfeccionistas, difíciles de llegar a conocer realmente, tercos en su postura, emotivos, sensibles en sus relaciones interpersonales, y dados a preocuparse por lo que otros puedan pensar de ellos o decir. Son personas amables, afectuosas y generosas. Las mujeres son emotivas, bondadosas, sensitivas en sus relaciones interpersonales, francas y tensas. En los puntajes bajos son sujetos equilibrados, serios, maduros en su manera de enfrentar la vida, razonables, confiables e íntegros.

La escala 7 (Pl, Psicastenia), fue la tercera escala clínica que se estructuró con el objeto de diferenciar pacientes que sufrían de dudas exageradas, obsesiones y fobias. Antes se conocía este grupo como las psicastenias, pero actualmente se denominan obsesivo-compulsivo. El término psicastenia se deriva del concepto de una debilidad de la voluntad que incapacita al individuo a realizar el tipo de conducta que quiere o que se ve forzado a querer. Las personas dentro de esta categoría están caracterizadas por excesivas dudas, dificultad en lograr decisiones, gran variedad de temores, excesiva preocupación obsesiva, actos compulsivos y ritualistas; perfeccionistas en sus exigencias tanto de sí mismo como de otras personas. Las mujeres con alta puntuación son sensitivas, emotivas, dada a preocuparse demasiado y con una variedad de componentes neuróticos.

La escala 8 (Es, Esquizofrenia), ésta recibió mayor atención para lograr identificar una variable útil. La escala que se usa actualmente se derivó de un grupo de 152 proposiciones que mostró diferencias confiables estadísticamente del grupo de esquizofrénicos, pero también se tuvo que modificar porque se presentaba a lo que Hathaway (1951) denominó resultados falsos-positivos, los cuales son protocolos que semejan ser como los de un grupo dado, supongamos esquizofrenia, sin ser de ese grupo realmente. Finalmente se llegó a la escala actual, la

cual se modificó con la introducción de la escala de corrección K a la que nos referimos posteriormente en esta presentación del origen o construcción de las escalas de la prueba del Inventario Multifásico de la Personalidad. El sujeto normal con puntuaciones altas son personas difíciles en sus relaciones interpersonales, negativos, apáticos, extraños, con poco talento social. La puntuación baja se observa en personas equilibradas, quienes buscan poder y reconocimiento por medio de la productividad. Sin embargo, tienen la tendencia a la sumisión y al reconocimiento casi incondicional de figuras autoritarias. Son personas convencionales, responsables, conservadoras, amistosas y honestas.

La escala 9 (Ma, Hipomanía), en la estructuración de esta escala se utilizaron pacientes que sufrían de un grado moderado de esta perturbación ya que sus casos severos no pueden cooperar adecuadamente en la clasificación de las frases. La selección de las frases que integran la escala se realizó de la misma manera que se hizo con las escalas hasta aquí descritas. Ya en esta época la prueba estaba integrada por 550 frases. Esta escala se calificó de acuerdo a las anteriores, fue una de las que más dificultad dio en la investigación de la evidencia de su validez, pero a través del tiempo se ha encontrado de gran utilidad en la práctica clínica, ya que la alta puntuación en esta escala parece estar de acuerdo con la

opinión psiquiátrica respecto al diagnóstico de hipomanía. El sujeto normal que ofrece una puntuación alta en esta escala es optimista, decidido, expansivo y no se encuentra atado a las costumbres sociales que lo rodea. Las personas con puntuaciones bajas son modesta convencionales, aisladas y humildes. Si la puntuación es baja, son personas prácticas, confiables, adaptadas y ordenadas.

La escala 0 (Si, Introversión-Extroversión), se refiere a introversión y extroversión social. Las personas que ofrecen una alta puntuación tienen la tendencia a aislarse socialmente. Cuando la puntuación es baja el individuo es más bien extrovertido y tiende a relacionarse con grupos con el fin de tomar parte activa en las organizaciones a que pertenece. Las mujeres con puntuación elevada son bondadosas, afectuosas, sentimentales. No son personas que encuentran satisfacción y por lo tanto tampoco buscan contacto social, sino al contrario, son personas que se encuentran frustradas en sus relaciones interpersonales. Las de puntuaciones bajas son entusiastas, conversadoras, segura de sí mismas y atrevidas. (Citados en Nuñez, 1979)

De acuerdo a las investigaciones realizadas se mencionan las siguientes:

En la investigación de Lahey, Russo, Walker y Pracentini (1989), quienes estudiaron a las madres biológicas de 100 pacientes externos niños de edades de 6 a 13 años completaron el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), madres de niños diagnosticados por el DSM-III como desordenes conductuales (CDn=13) tuvieron marcas significativamente altas sobre el MMPI las escalas asociadas con conductas antisociales (Desviación Psicopática e Hipomanía), conducta histriónica (Hipocondriasis e Histeria), y disturbios de ajuste (Esquizofrenia). En contraste de diagnóstico déficit de desordenes de atención con hiperactividad (ADD/H n=22) no fue significativamente asociado con ninguna elevación maternal, y la intervención CD y ADD/H no fue significativa para ninguna escala del MMPI. Esos resultados indicaron que CD es asociada a desordenes de personalidad maternal, pero ADD/H no lo es.

En la investigación de Smith, Burleigh, Sewell y Krisak (1984) quienes administraron el MMPI a 34 hombres y 25 mujeres adolescentes (mediana edad 15.5 años) y sus madres sobre la admisión de los sujetos al Hospital St. José centro de niños y jóvenes. El propósito fue mostrar las similitudes y diferencias en igualdad y desigualdad de sexos siendo el modelo la relación madres-adolescentes. Los perfiles comparados y los datos correlacionados mostraron que el perfil de la madre-hija,

fueron similares pero el perfil de la madre-hijo fueron diferentes. Además, repitiendo la prueba a los sujetos mostraron que le perfil de la madre-hija llegan a ser progresivamente diferentes como tratamiento progresivo. Las similitudes fueron explicadas en términos de modelos de igualdad sexual y el decremento similar fue atribuido a el impacto del tratamiento del programa sobre los sujetos femeninos. Los resultados sugirieron que el mal ajuste de los adolescentes pudo ser una función inadecuada de comunicación en el cual la familia y la necesidad de un modelo efectivo fueron proporcionado por la madre.

Las investigaciones anteriores son acercamientos relacionados al tema ya que es la primera aportación realizada con este tipo de variables MMPI y Autoestima, por lo que no son correlaciones fuertes y no se puede llegar a determinar la relación.

1.4 AUTOESTIMA

Algunos autores han observado que la autoestima de la mujer mexicana es muy baja (Castilla del Pino, 1982; Satir, 1978; Elu de LeMero, 1975; Díaz Guerreño, 1977), y que el ambiente influye de forma determinante en su conducta.

El concepto de autoestima, se ha desarrollado paulatinamente a través de las diversas facetas por las que ha atravesado.

Los intentos por comprender la complejidad de la conducta humana ha llevado a varios autores interesados en el tema, a asignar diversos términos para explicar el valor que las personas se dan a sí mismas, hasta llegar a las teorías modernas de la autoestima y sus componentes.

1.4.1 ANTECEDENTES

Un curioso sentimiento de la inseguridad vislumbrado desde antaño y denunciado hoy por la sociología, ha acompañado a la clase burguesa a través de los siglos. Naciones enteras se debaten en la inseguridad; la sociedad lucha desesperadamente para llenar los abismos producidos entre la máquina y el factor humano de la producción, la misma producción económica lleva a la inestabilidad, más inestabilidad es inseguridad, e inseguridad se convierte en inferioridad. (Citado en Brachfeld, 1970)

Fue después de la segunda guerra mundial cuando empezó a divulgarse en los países de lengua alemana hasta llegar a otros territorios el término "sentimientos de minusvalía". Aunque el término era nuevo, fue entonces cuando encontró ambiente y surgió en torno suyo una nueva teoría. El concepto de autoestima es relativamente nuevo y tiene su origen en los tiempos en que el hombre se da cuenta de que existía un sentimiento que le impedía hacer muchas cosas que no podía explicar. (Citado en Brachfeld, 1970)

Aún no se ha determinado el valor exacto del término autoestima y se le relacionó con conceptos como vergüenza, timidez,

envidia, etc., y principalmente con sentimientos de

inferioridad.

La autoestima se encuentra significativamente relacionada con la satisfacción y el funcionamiento personal eficiente. (Wylie, 1961)

Las personas que buscan ayuda psicológica con frecuencia se quejan o se dan cuenta que sufren sentimientos de inferioridad y desvalorización (Wylie, 1961). Estas personas se ven a sí mismas como inferiores y desesperanzadas, incapaces de mejorar su situación y carentes de los recursos internos para tolerar o reducir la ansiedad surgida de los eventos cotidianos y la tensión psicológica (stress) que éstos producen (Rogers y Dymond, 1954). Los psicólogos clínicos observan que las personas inseguras respecto a su valor no pueden dar ni recibir amor, aparentemente debido al temor surgido al explorar sus defectos en la intimidad y el pensar que pueden ser rechazadas por los demás. (Fromm, 1939). De esta manera evitan la cercanía en sus relaciones y como consecuencia se sienten aislados.

Los estudios clínicos demuestran repetidamente que los fracasos y otras condiciones que producen la exposición de los defectos personales son, posiblemente la causa principal de la angustia.

La angustia y la autoestima se encuentran muy relacionadas; si en la amenaza lo que produce la angustia, lo que está siendo amenazado es la autoestima de la persona.

Brachfeld (1970), dice que dentro de la teoría del sentimiento autoestimativo, los conceptos de Adler (1931), han sido determinantes para los estudios de psicología individual y social. Dentro de esta teoría el conocimiento acerca del complejo o sentimientos de inferioridad, es un tema de lo más importantes de nuestro tiempo debido a que en la actualidad, la humanidad no había conocido tan elevado grado de incertidumbre e inseguridad como en el que hoy se debate.

Ser hombre quiere decir sentirse inferior y aspirar a situaciones de superioridad (Adler, 1931), esta frase lleva a comprender más fácilmente el funcionamiento de la vida anímica. Ha sido costumbre oponer al sentimiento de inferioridad, el sentimiento o complejo de superioridad, el cual, no es, sino la mera consecuencia de aquel. El complejo de superioridad, oculta casi siempre, un sentimiento de inferioridad más profundo; es en el fondo uno de sus síntomas.

Brachfeld (1970), propone una denominación común para ambos fenómenos íntimamente entrelazados y sugiere el de "sentimiento

de Gulliver, sentirse demasiado pequeño y demasiado grande, con sensaciones que todo el mundo ha experimentado en uno o varios momentos de su vida".

En textos de Montaigne (1533-1592), se encuentra una descripción de la mayor parte de las perturbaciones autoestimativas, designándoles como "error del alma" que hoy en día designamos con el término de sentimiento de inferioridad.

Cronológicamente le sigue el gran dramaturgo Británico W. Shakespeare (1564-1616) pasando por Rousseau (1712-1778) y grandes conocedores del sentimiento humano. Así se llega a Clapiers (1715-1747), quien dio por vez primera nombre a los sentimientos que nos ocupan, inferiorizado por tantos sufrimientos, esbozó toda una teoría de las "fuerzas y debilidades del alma", distinguía en los humanos dos sentimientos fundamentales antagónicos, que se presentan casi siempre mezclados: el sentimiento de la (propia) imperfección y el sentimiento del ser. El escritor Francés Bernard Grasset, intentó establecer un paralelismo superficial entre el concepto del "sentimiento de la (propia) imperfección" con la noción moderna del "sentimiento de inferioridad"; el "sentimiento del ser", podría ser comparado con la autoestimación positiva y fundamentada sobre cierta clase de abundancia, de nuestra sensación agradable y a veces eufórica de vivir. (Citado en Brachfeld, 1970)

Stendhal (1783-1842) también empleó el término "sentimiento de inferioridad", precursor de la Psicología Adleriana y las actuales teorías autoestimativas.

Cleparède (1926) enfoca el tema desde el punto de vista educativo: admite que el sentimiento de inferioridad es natural en todo niño, que aunque engendre una que otra crisis pasajera estimula en el niño el deseo de educarse a sí mismo y se desvanece poco a poco, en la medida que la personalidad va afirmándose, indica que no siempre es así, debido a que hay causas que pueden intensificar con sentimiento de inferioridad, fijarlo, actuando en él como una herida que deja una huella imborrable que permanecerá sensible durante toda la vida y será una fuente de reacciones de defensa extremadamente variadas. (Citado en Brachfeld, 1970)

Fromm (1939), afirma que un sentimiento de impotencia muy profunda marca toda la vida burguesa; sentimiento que permanecería inconsciente. Tal sentimiento de impotencia suele formarse en relación con otras personas, con nosotros mismos, o con las cosas inanimadas, derivándose del mismo una especie de angustia, de cólera o determinando sentimiento de inferioridad.

Para atenuarlos el ser humano se valdrá de la racionalización.

Cuando se habla de "complejos" casi siempre se refiere a un "complejo de inferioridad". En América la palabra "complejado" se refiere a una persona que se siente inferior y se comporta de cierta manera. C. G. Jung empleó este término a fines del siglo pasado, mismo que adoptó de la psicología alemana, más tarde Freud (1923), introdujo los términos: complejo de Edipo y complejo de culpa, pero el que habló de "complejo de inferioridad" fue Adler (1927).

La autoestima se relaciona estrechamente con el autoconcepto o self, puesto que se puede decir que toda persona tiene un conjunto de cogniciones e sentimientos hacia sí mismo que es lo que constituye el concepto personal, autoconcepto o autoimagen. En este sentido, la autoestima se puede considerar como la propia satisfacción con el autoconcepto o autoimagen. El concepto de sí mismo (self) se define como las actitudes, los sentimientos y las percepciones de una persona hacia sí misma.

El concepto de sí mismo como objeto es lo que la persona piensa acerca de sí misma, es un concepto que puede manifestarse en objetos externos como es el cuerpo, así como en aspectos internos relacionándolo con el medio ambiente. De esta forma el concepto de sí mismo surge de la relación del ser humano y su ambiente social. (Citado en Branchfeld, 1970)

1.4.2 DEFINICIONES DE AUTOESTIMA

La autoestima es uno de los conceptos más importantes para el estudio de la personalidad, se han hecho muchas investigaciones considerando diversos aspectos, como son el medio ambiente (Díaz Guerrero, 1977), las etapas del desarrollo (Freud, 1923), el núcleo familiar (Satir, 1970) y la educación (Ackerman, 1976; Odier, 1924).

Desde el punto de vista de Sheriff, (1966), la autoestima puede entenderse como una actitud hacia uno mismo con las dimensiones negativas y positivas de evaluación. Señala que el Self constituye un sistema muy complejo de relaciones; está formada por diversas experiencias, incluyen extensiones diversas y numerosas se manifiesta tanto en los objetos externos como internos, y se basa en diferentes niveles y tipos de capacidades para enfrentarse con el medio. (Citado en Reidl, 1981).

Coopersmith (1967), considera que la autoestima no es más que la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un self de convicciones y sentimientos. Es una abstracción que un individuo desarrolla acerca de los atributos, capacidad y actividad que posee y que se propone alcanzar; esta abstracción es la idea que tiene una

persona de sí mismo por él mismo, y que da como resultado abstracción de sí dirigidas a experiencias externas originando abstracciones del mundo físico y social.

Para Satir (1981), la autoestima es uno de los conceptos más importantes y determinantes en la conducta de un individuo, es el valor individual que cada quién tiene de sí mismo, como : la integridad la honestidad, responsabilidad, el amor y la comprensión, al apreciar debidamente su propio valor, lo que le permitirá aquilatar y respetar el valor de los demás; irradia confianza y esperanza, no tiene reglas para ninguno de sus sentimientos y se acepta totalmente a sí mismo como ser humano.

"La autoestima es el resultado de la internalización de las normas y los valores del grupo social y del adecuado desempeño ante la misma (James, 1890; Sheriff, 1966), adquiridas a través de las relaciones interpersonales (Freud, 1905; Mead, 1945; Horney, 1950; Sullivan, 1953; Adler, 1927; Coopersmith, 1967; Rogers, 1972; Lindgren, 1972; Deutsch y Krauss, 1974), que refleja de alguna manera la actitud que los demás tienen ante el sujeto (James, 1890; Mead, 1934; Newcomb, 1964; Coopersmith, 1967; Lindgren, 1972), de lo cual el sujeto abstrae un concepto de sí mismo (Horowitz, 1935; Natsopoulos y Dubanoski, 1964; Coopersmith, 1967; Wilkin et. al., 1954) ante lo cual, el sujeto mismo presenta una actitud valorativa (James, 1890;

Freud, 1905; Mead, 1934; Siipola, 1935; Sullivan, 1953; Sheriff, 1966; Coopersmith, 1967; Lindgren, 1972)". (Citado en Reidl, 1981)

Para Wylie, (1961), la autoestima se encuentra relacionada con la satisfacción y el funcionamiento personal, hay personas que se ven a sí mismas como inferiores para sentirse aceptadas y valorizadas. (Citado en Reidl, 1981)

Los científicos sociales aluden a las percepciones del self distinguiendo dos aspectos:

- Por un lado el autoconcepto o la idea de sí mismo.
- Por otro, la autoestima que se refiere a los sentimientos de estima de sí mismo. (Lawson et. al., 1979; Wylie, 1961, 1968, 1974, 1979)

El autoconcepto, más general, incluye una identificación de las características del individuo así como una evaluación de las mismas.

La autoestima hace más hincapié en el aspecto de la evaluación de las características. (Musitá y Román, 1982)

Martínez (1980), define la autoestima: sentido de verse bueno y valioso que se concreta en confianza y seguridad en sí mismo.

Martínez y Montané (1981), definen la autoestima como: la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una evaluativa actitud de aprobación que el siente hacia sí mismo.

Considera como componentes del self "self material" y "self social".

El self material incluye las percepciones que el individuo tiene de su propio cuerpo, que normalmente se determina a partir de las sensaciones físicas que provienen de los diferentes órganos, miembros y partes del cuerpo.

El self social viene definido por las percepciones que una persona tiene de los roles sociales que desempeña y el modo como son representados. Puede ser que una misma persona tenga varios self sociales, según los roles que desempeña en la sociedad.

También recientemente O'Malley y Bachman (1983) y Jackson y Faunomen (1980), se refieren a la autoestima considerándola como una disposición personal perdurable caracterizada por la consistencia temporal (concepción del rasgo) y también como una variable resultado de la autoevaluación regulada por los eventos ambientales (la consideración situacional). Consideran que el término autoestima expresa el concepto que uno tiene de

si mismo según unas cualidades subjetivas y valorativas. El sujeto se autovalora según unas cualidades que provienen de su experiencia y son vistas como positivas o negativas. Es la valoración de las categorías personales y sociales a las que antes nos hemos referido. (Musitá, 1985)

Después de revisar los trabajos de los diferentes autores sobre la autoestima se puede resumir que ésta es el valor que cada individuo se da a sí mismo dependiendo de las experiencias personales obtenidas en su medio ambiente, viéndose reforzada esta experiencia de una manera positiva o negativa, lo que le permite adaptarse a su medio.

1.4.3 TEORIAS DE LA AUTOESTIMA

La conducta está causada principalmente dentro de uno mismo pero siempre que se halle en contrajuego con el ambiente. El hombre siempre tendrá la capacidad de interpretar las fuerzas externas por sí mismos; tiene también capacidad para evitar atacar y ser derrotado por fuerzas externas. La derrota puede hacer que surjan nuevas direcciones. El ataque directo sobre las fuerzas externas pueden fortalecer o debilitar su estructura interna. El hombre es un interpretador de la vida, crea una estructura de sí mismo a partir de su pasado hereditario interpreta las impresiones que recibe durante el transcurso de su vida; busca nuevas experiencias para realizar sus deseos de superioridad y redne todo esto, para crear un self que es diferente de cualquier otro self, que prescribe su propio y particular estilo de vida. (Citado en Adler, 1931)

Adler (1927-1956) da un mayor énfasis sobre la importancia de la debilidad y la flaqueza para producir una autoestima baja en relación con otras teorías. Propone que los sentimientos de inferioridad pueden desarrollarse alrededor de ciertos órganos o patrones de conducta en los cuales el individuo es además inferior.

Horney (1945-1950) se enfoca en los procesos interpersonales que determinarían la estima. Da un amplio rango de factores adversos que podrían producir sentimientos de desesperanza y desolación llamándolos ansiedad básica; siendo fuente de infelicidad y reduciendo la afectividad personal, provocando indiferencia, falta de respeto, pérdida de admiración, falta de calor, aislamiento y discriminación aunque la lista de factores sería interminable. (Citado en Reidl, 1981)

Coopersmith (1967) al hacer un estudio sobre la autoestima señala algunos teóricos:

Las formulaciones de James (1890) y Mead (1934) aparecieron relativamente temprano cuando emergió la psicología, James concluye que los valores y aspiraciones humanas tienen un papel esencial en determinar cómo nos observamos favorablemente a nosotros mismos y cómo la ejecución esta medida contra la aspiración con áreas valoradas que asumen significancia particular, empleando estándares comunes de éxito y status. James vio a la autoestima como la suma total de todo lo que el individuo puede llamar suyo.

Las contribuciones de Mead son una elaboración de lo que James llamó el self social. Como sociólogo Mead se interesó en los procesos por los cuales el individuo se integra y es compatible

con su grupo social. Concluye que en el curso de este proceso el individuo internaliza las ideas y actitudes expresadas por las figuras importantes de su vida.

Wylie (1961) plantea que la autoestima se divide en dos conceptos antagónicos, autoestima alta o positiva y autoestima baja o negativa. Partiendo de los estudios en personas que buscan ayuda psicológica, se ha encontrado con frecuencia que "sufren de sentimientos de inferioridad y desvalorización produciéndose en el individuo ansiedad y angustia, afectando adversamente su nivel de autoestima y su conducta interpersonal. Ya que la posición y aprobación social es determinante para qué el sujeto perciba sus limitaciones o alcances.

Siipola (1935) llega a la conclusión de que las expectativas de éxito o de experiencias favorables dan como resultado una actitud confiada; pero las de fracaso o rechazo, pueden dar como resultado un estado de aprensión angustia y falta de persistencia. Los estudios experimentales demuestran que las personas que son más susceptibles y menos capaces de percibir estímulos amenazantes son consideradas con una autoestima baja (Janis, 1954). Las personas que confían en su capacidad y se adaptan más a sus tareas y al grupo social, sabiendo de antemano que van a ser bien recibidas, son clasificadas como

personas con autoestima alta. (Misra, 1970)

Dipboye (1977); Leonard y Weitz (1971), delimitan dos componentes de la autoestima.

- Autoestima global o crónica, y
- Autoestima situacional.

La primera incluye la percepción relativamente duradera del valor o competencia total que posee un individuo acerca de sí mismo. La segunda, implica la percepción del individuo, de su competencia o valor dentro de un contexto, de una tarea, o un ambiente específico.

Cohen (1959) indicó que la autoestima crónica incluye las expectativas de éxito y fracaso basadas en las experiencias pasadas. El considera que las personas con alta autoestima tienden a enfrentarse a la vida con confianza y evalúa altamente su yo. Por otro lado, las personas con baja autoestima tienden a enfrentarse a la vida con menos confianza y adjudican un valor bajo al self. (Citado en McFarlin y Blascovich, 1981)

Schlenker, Soraci y McCarthy (1976) sugiere que los individuos con alta autoestima están acostumbrados a experimentar el éxito personal, prefieren la retroalimentación favorable acerca de sí

mismo, de parte de los demás, y tienden a rechazar la retroalimentación negativa. Los individuos con baja autoestima, por el contrario, están acostumbrados a experimentar el fracaso y aceptan la retroalimentación negativa como algo natural y rechazan una retroalimentación que pudiera ser potencialmente favorable.

Los individuos con baja autoestima tienen una necesidad mayor de la aprobación social (Kimble y Helmreich, 1972); son más persuasibles (Silverman, 1984); rechazan más a los otros poco semejantes a ellos (Hendrick y Page, 1970) y son menos tolerantes a los errores en otros que son más componentes. (Helmreich, 1972)

Hay personas que pasan la mayor parte de su vida en un estado de autoestima baja, porque piensan que valen poco, esperando ser engañados, menospreciados por los demás y como se anticipan a lo peor, lo atraen y generalmente les llega sintiéndose derrotados y desesperados. Hay otras personas que toman los sentimientos en forma positiva, confiando en sí mismos, formando así un carácter vital y una autoestima alta. (Citado en Satir, 1978)

Los psicólogos observan que las personas inseguras respecto a su valor no pueden dar ni recibir amor, aparentemente debido al

temor surgido al explorar sus defectos en la intimidad y al pensar que pueden ser rechazados (Fromm, 1939). Estas personas no tienen confianza en sí mismas por lo que no llevan a cabo acciones que llamen la atención de los demás y disminuyen en consecuencia, la posibilidad de establecer relaciones amistosas y de apoyo; mostrando inhibición de intercambio social, y a que esperan fracasar en la vida, son débiles, pasivas y se sienten insatisfechos. A esto se le llama autoestima baja de una persona. (Citado en Coopersmith, 1967)

Las personas consideradas con una autoestima alta serían aquellas que mantienen una imagen más o menos constante al respecto de su capacidad o individualidad como personas, son más capaces de adoptar un papel activo en los grupos sociales y tienen mayor posibilidades para expresar sus puntos de vista de manera frecuente y eficiente (Coopersmith, 1967), estas personas se acercan con la expectativa de que tendrán éxito y serán bien recibidas, confían en sus percepciones y juicios y creen que sus esfuerzos los conducirán a soluciones favorables, llevándolas a una mayor independencia social, a una mayor creatividad y a acciones sociales más asertivas y vigorosas, buscando con valor y optimismo soluciones para la incógnita o ir descubriéndose cada vez más.

James (1961) dice que las personas con autoestima positiva tienden a verse a sí mismas como individuos de más valor, dignos de respeto y consideraciones. Por otro lado, los que tienen pensamientos negativos de ellos mismos se sienten que no son muy importantes o deseables, y les falta confianza en ellos mismos, y se desalientan de sus propias habilidades.

El equilibrio autoestimativo es casi idéntico a nuestro "sentimiento del yo" que está expuesto a cambios y mutaciones en el tiempo, la autoestima puede oscilar entre procesos meramente fisiológicos, como son la fatiga, agotamiento físico o desagradable desanimación o renacimiento del ánimo. La elasticidad de sentimientos autoestimativos se pueden comprobar mediante experiencias basadas en fenómenos afectivos, un bajo nivel autoestimativo causa sentimientos de inferioridad. (Citado en Brachfeld, 1970)

Blascovich, J y McFarlin, D. (1981) enfatizan que los factores que influyen en la conducta humana para determinar la autoestima, aun no han sido comprendidos completamente, pero en el individuo predomina una autoestima alta o una autoestima baja dependiendo de las circunstancias, ya sean ambientales, fisiológicas o de otro tipo. La autoestima puede fluctuar entre dos polos opuestos.

Por su parte Crary (1966) Mischel y Ebbsen (1973); Shrauger y Rosenberg (1970); Shrauger y Terbovie (1976); Silverman (1964); Kimble y Helmreich (1972); sugieren que los individuos con autoestima moderada son más independientes y mejor ajustados, tales individuos son significativamente más conscientes de sus propias fuerzas y debilidades reconociéndose que tanto los éxitos como los fracasos personales pueden ocurrir. (Citado en McFarlin y Blascovich, 1981)

Atkinson (1958) subraya que la estimación de los éxitos y fracasos presumiblemente reflejados en la convicción del individuo de que es, o no, capaz de lidiar con las situaciones que se le presentan, va relacionado con la toma de riesgo, la toma de decisiones y las estrategias adoptadas en la solución de problemas.

Rosenberg (1975) señaló que, la clase social está poco relacionada con la autoestima y la afiliación del grupo ético no está relacionada con la autoestima. Por éste se puede decir que el contexto social abierto no juega un importante papel en interpretar el propio valor. La cantidad de atención e interés paternal están significativamente relacionados con la autoestima.

Misra (1970) aseguró que una persona con alta autoestima

mantiene una imagen más o menos constante al respecto de sus capacidades e individualidad como persona y que en la medida en que los sujetos perciben como menos constantes sus habilidades se conforma más a las normas de un grupo. (Citado en Deustch, y Krauss, 1974)

Deustche y Krauss (1974) consideran que el individuo experimenta un sentimiento de sí mismo a medida que se define como consecuencia de los papeles que desempeña; en este sentido, el concepto de sí mismo, es una estructura cognitiva que surge de la interacción del organismo humano y su ambiente social.

Secord y Backman (1979) mencionan que las teorías del autodesarrollo dan importancia a la percepción que el individuo tiene de como las otras personas lo consideran a él, centrando su atención en el proceso por el cual, él compara sus ideas sobre sí mismo con las normas sociales, es decir, con las expectativas que cree que las otras personas tienen sobre lo que él debe hacer, y sobre lo que él es.

Coopersmith (1967) reporta que la clase social está relacionada con la autoestima. Así, las personas de la clase social alta tienden a tener más alta autoestima que las personas de la clase media o clase baja.

1.4.4 DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA EN EL SER HUMANO

El origen de la autoestima está en la niñez y en las normas que determinan la sociedad. Esta es aprendida en el seno de la familia y a su vez se trasmite a los hijos infundiéndoles el valor de sí mismos. (Citado en Dyer, 1978)

Durante los años tempranos, el niño desarrolla el concepto de que las partes de su cuerpo, las respuestas de otros hacia él y los objetos tienen una referencia en común; con más experiencias y conforme va madurando podría elaborar abstracción en el intercurso social. Sin embargo, como los niños jóvenes tienen poca experiencia para abstraer, tienden a formar abstracciones de sí mismos relativamente vagas, simples y azarosas; su idea de sí mismo como un objeto está difusa o bosquejada y probablemente está asociada con partes específicas del cuerpo, a medida que crece y ha tenido experiencias es capaz de abstraer. (Citado en Coopersmith, 1967)

El niño que llega al mundo no tiene pasado ni experiencia y carece de una escala de comparaciones para valorarse así mismo, por lo tanto, tiene que depender de las experiencias que adquiere con las personas que le rodean y de los mensajes que le comunican respecto a su valor como persona; aprende a sentirse dentro de la familia con autoestima alta o baja

dependiendo de lo que los padres le crearon. (Citado en Satir, 1978)

Durante el primer año de vida el niño siente toda su seguridad en la actitud mantenida por la madre. Las señales afectivas que el niño ha recibido por parte de ésta, su calidad, su constancia, la certidumbre y la estabilidad que éstas ofrecen al niño aseguran un normal desarrollo psíquico. Estas señales afectivas de la madre están determinadas por su actitud inconsciente; es decir, que su comportamiento se manifestará bajo ciertas formas sin que ella lo advierta necesariamente. (Citado en Spitz, 1972)

La primera satisfacción proporcionada por el mundo externo para el bebé, el suministro de alimento, constituye al mismo tiempo el primer regulador de la autoestima. (Citado en Fenichel, 1966)

Todo irá bien mientras la actitud de la madre sea "normal". Sin embargo, las desviaciones de la norma pueden ser variadas; la madre puede sobrecompensar la hostilidad o puede manifestarla; estas desviaciones se traducirán en señales inconscientes y variables, inservibles para una orientación consistente del niño. Los afectos de la madre pueden ser variables y contradictorios. A estas señales variables, inestables, que no

le ofrecen seguridad, el niño responderá con la formación de relaciones objetables impropias o insuficientes, o no formará relación alguna. (Citado en Spitz, 1972)

Por su parte Freud, dice que los sentimientos o complejos nacen siempre en la infancia y que debemos buscar en tal período las causas que lo provocan. El niño mucho antes de poseer nociones de la inteligencia, de la fealdad, puede sufrir numerosas sensaciones de insuficiencia e inferioridad. (Citado en Fenichel, 1966)

Sullivan, coincide con otros autores en que la autoestima se forma en las experiencias tempranas de la infancia. (Citado en Coopersmith, 1967)

Todo indicio de amor por parte del adulto, tiene el mismo efecto que el suministro de leche tiene para el lactante. El niño pierde autoestima cuando pierde amor y la recupera cuando recupera amor. Todo sentimiento de culpa hace decrecer la autoestima, todo ideal que se cumple, la eleva. (Citado en Fenichel, 1966)

Erickson (1966) dice que la cantidad de confianza derivada de la más temprana experiencia infantil parece depender de la cualidad de la relación materna, lo que crea en el niño la base

para un sentimiento de identidad que más tarde combinará con un sentimiento de ser aceptado, de ser uno mismo y de convertirse en lo que la otra gente confía que uno llegará a ser. (Citado en Cueli y Reidl, 1972)

Rogers y Dymond (1954) propone que todas las personas desarrollan una autoimagen, la cual le sirve para guiar y mantener su ajuste al mundo externo puesto que esta imagen desarrolla una interacción con el medio ambiente reflejando los juicios y preferencias sociales y familiares.

Rogers (1954) afirma que una atmósfera que permita la libre expresión del afecto y no recurra a comparaciones o evaluaciones frecuentes y severas, capacitan al individuo para conocerse y acotarse, ganando seguridad y respeto a sí mismo y derivar sus propios valores aprendiendo de sus experiencias. Esto requiere padres preparados para aceptar diferencias y ser capaces de creer en su hijo. La inestabilidad autoestimativa se produce en la persona cuando se encuentra en una tarea cualquiera que debe resolver quedando determinada por la suficiencia o insuficiencia de la preparación que el individuo aporte para la solución de su cometido, por otra parte, por el grado de dificultad de la misma en proporción a la fuerza de que disponga. El nivel en que uno quiere fijar su equilibrio autoestimativo, crece necesariamente con la edad, cada vez más

madura y una vez entrada la madurez se estabiliza para disminuir poco a poco en la vejez, sin embargo, su descenso nunca puede pasar a más allá de un valor mínimo individual, nunca puede ser equiparada a cero, debido a que ningún hombre puede vivir sin el sentimiento de su propio valor. Ya que con la pérdida del sentimiento autoestimativo también la misma vida perdería todo su valor. (Citado en Brachfeld, 1970)

Sheriff (1966) manifiesta que el proceso de desarrollo del yo se da de la siguiente manera: la mente del niño se inicia en un estado indiferenciado dominado por el autismo y gobernado por la satisfacción momentánea e inmediata de necesidades; a medida que el niño se enfrenta a resistencias externas, como serían las normas sociales de su grupo, se adaptaría a la realidad en forma gradual y de esta manera desarrolla el yo.

El niño que ha conocido solamente un tratamiento cariñoso, atención a sus necesidades fisiológicas y una atmósfera emocional de cariño, es una personita distinta de aquella que ha sido tratada duramente, a quien no se le ha comunicado amor y a quien se ha dejado con hambre y frío, y sin concederle aparentemente ninguna importancia a sus sentimientos.

La primera fase del desarrollo de la personalidad y autoconcepto del niño es producto del tratamiento que recibe de

la gente y de la manera de percibir si es valorado por ellos y si merece serlo.

La segunda fase incorpora su percepción de cómo ve la gente a sus padres, pues su sentido de identidad se deriva del de sus padres ya que es una extensión de ellos y ciertamente es parte de la familia.

La tercera etapa es la acumulación de experiencias que el niño tiene con el éxito y fracaso. Las experiencias personales con sus relaciones, sea cual sea la edad, son tan importantes como cualquier otra relación. Si la complacencia de los padres nace de su orgullo por el niño y de su satisfacción por él, entonces no siente temor de perder su cariño aun cuando a veces no sea tan perfecto. Esto coloca las realizaciones en una sana perspectiva y ayuda a fortalecer al infante ya que lo convence de que es valorado por sí mismo y de que puede contar con el apoyo de sus padres, no importa como resulten las cosas, con este fuerte sentimiento de apoyo el niño puede asumir el riesgo de fracasar. (Asociación Pro-Personas con Parálisis Cerebral, APAC 1986)

Existen 4 factores relevantes que contribuyen al desarrollo de la autoestima:

1) El más importante es la cantidad de respeto, aceptación e interés que un individuo recibe de las personas que son importantes para él. Así, nos evaluamos como somos evaluados.

2) Que contribuye a la autoestima la historia de triunfos y el status que se alcanza; generalmente los triunfos brindan reconocimiento y son derivados del status que se tiene a la comunidad.

3) El individuo obtiene autoestima únicamente, en las áreas que personalmente le son significativas. Así las experiencias son interpretadas y modificadas de acuerdo con los valores y aspiraciones individuales.

4) Se refiere al control y defensas, que son las capacidades individuales para definir un evento con consecuencias e implicaciones negativas de tal manera que disminuye su valor.

En este sentido el individuo puede minimizar, distorsionar o suprimir las acciones degradantes provenientes de los que le rodean, así como las fallas o fracasos de sí mismo. Así, puede rechazar el juicio de otros o inversamente ser muy sensible a los juicios de otra gente.

1.4.5 LA AUTDESTIMA EN LA MUJER

Von Hippel (1820) fue uno de los primeros en dedicar atención a los sentimientos de inferioridad típicos de la mujer. Fue autor de estudio "Sobre la mejora burguesa de las mujeres" (1828), en donde desarrolló una pequeña teoría de ese "sentimiento penoso" que deriva del hecho de encontrarse las mujeres postergadas en la vida social, y analizó la presión (ánimica) que pesa todavía sobre el llamado sexo débil. Atribuyó los sentimientos de inferioridad en las mujeres, además de esa presión a su "sentimiento de ausencia de fuerzas corporales y a la limitación de su inteligencia", haciendo eco así, de ciertas ideas corrientes de su tiempo. (Citado en Brachfeld, 1970)

Adler (1923) asoció la inferioridad con la debilidad y la feminidad. Por tanto, la inferioridad era lo mismo que la feminidad. Se consideró que tanto los hombres como las mujeres protestaban contra las debilidades, las mujeres debido a su debilidad inherente como lo femenino de la especie, y los hombres debido a la asociación con la feminidad, que connotaba inferioridad. (Citado en Cueli y Reidl, 1972). Sin embargo este concepto fue cambiado, pero demuestra (aun en nuestros tiempos) el papel que tiene asignado la mujer, como inferioridad, es por esto que la etapa que está viviendo es difícil por ser la transición del cambio de este concepto.

La frustración de la mujer, tiene su origen en el aprendizaje que se le inculca diferente respecto al varón, desde sus primeras etapas. Desde su niñez se le inculca tanto su desvalimiento como su necesidad de protección. La frustración femenina parece ser la simulación de la pasividad, desde las iniciales consideraciones implícitas de su debilidad fraternal varón, hasta la diferencia en sus juegos y actividades. La psicología de la mujer señala como dato interesante la reducción de la opción que a la mujer se le ofrece, la internalización de esta reducción como un hecho natural, la resignación a la imposibilidad de protección de cualquier otra función que no sea primitivamente femenina. Esto significa que la educación adquiere formas peculiares de represión para la mujer notablemente intensas.

Reik, (1966) concluye que en el concepto cultural las mujeres están físicamente en desventaja en comparación con el hombre. Esto significa que las madres, como figuras maternas; dan la impresión a la niña de que sus genitales son inferiores a los del hombre. La prolongación inconsciente de este concepto la lleva a la convicción de su desventaja física.

Los factores de educación y crianza, cuyo comienzo varían de acuerdo a los patrones culturales y capas sociales, moldea tanto la personalidad de la mujer como la del varón, y favorece

en grado más elevado la consciencia de sí mismas, desarrollando más tempranamente en las niñas el sentimiento de vergüenza. La educación sobre este punto concierne a los órganos y funciones de la evacuación y más tarde a las del sexo, siendo más enérgicas en las niñas que en el varón. En la temprana infancia, esta consciencia de sí misma con respecto a los órganos y funciones de evacuación y el sexo conducen a un grado más elevado de ocultamiento y reserva en las niñas, estando menos desarrollado o ausente en el varón, quien muestra una tendencia al exhibicionismo. También puede observarse fácilmente el factor educacional en desarrollo de otra tendencia, el empeño por aparecer hermosa o atractiva que no es una exigencia en la crianza de los varones. (Citado en Reik, 1966)

La mujer tiene en mente llegar a ser lo que aspira, el de realizarse como persona, esto no podrá llevarse a cabo en el futuro, si el futuro es idéntico a su presente. La mujer no elige, se le ofrece más bien la oportunidad de ser aquella a que aspira a cambio de una cómoda despersonalización. No es desapercibido el hecho, de que pasado el tiempo, esta consciencia de la vida perdida, es decir, del fracaso de sus aspiraciones, se exprese en forma de una alteración incluso del propio psiquismo. Generalmente pasa desapercibido que determinados procesos psicológicos como la neurosis, la depresión, son mucho más frecuentes en la mujer que en el

hombre. (Citado en Castilla del Pino, 1982)

Para Ellis (1980) la mujer tiende a considerarse inadaptada sin el amor de un hombre, reprime y contiene su sexualidad y permite ser explotada sexual y personalmente. La mujer soltera o casada cree que tiene que formar parte de una pareja íntima para sentirse segura; inclusive los hijos le dan esta seguridad, pero cuando parece fracasar en sus intentos de asegurar su amor, se siente deprimida, sola, desesperada, inútil y puede llegar al suicidio.

Los individuos han aprendido que el sentirse bien con ellos mismos es muy importante para su estabilidad personal. En la medida en que los individuos se acepten cada vez más, van siendo capaces de mantener conductas que los lleven a realizar cosas valiosas que les permiten una superación personal más plena. Por lo tanto, la autoestima es el puente que permite una adaptación adecuada a inadecuada del medio dependiendo si es baja o alta, éste se proyectará en todos los actos del individuo a sus semejantes.

Contra lo que podría pensarse; no siempre el tener una autoestima alta permitirá una mejor adaptación o aceptación de las personas que rodean al individuo porque éste puede caer en el error de sobrevalorarse y hacer sentir a los demás que valen

menos que él, sin embargo, si se podría afirmar que una persona con alta autoestima tendrá más posibilidades de aceptación siempre y cuando, éste se mantenga en un nivel medio.

Tanto en el hombre como en la mujer acontecen procesos de enajenación pero en la mujer pasa además el de pertenecer al "segundo sexo" como lo expresará Beauvoir (1957), esta posición le ha sido dada a la mujer manteniéndole por mucho tiempo en desventaja y en posición de inferioridad y baja estima respecto del varón. (Citado en Castilla del Pino, 1982)

Coopersmith, (1967) subraya la importancia de la interacción con los padres para el desarrollo de la autoestima, en cuanto que los antecedentes y el nivel de autoestima está dado por 3 condiciones básicamente.

1 Total o casi total aceptación de los niños por parte de los padres.

2 Límites al comportamiento claramente definido.

3 Respeto y libertad para la acción individual que existe dentro de los límites definidos.

Este autor encontró una relación entre la autoestima de las

madres y la de sus hijos. Observé que las madres de sujetos con autoestima alta tienden a clasificarse a sí misma más alto en autoestima y son emocionalmente más estables que las madres de sujetos de autoestima baja; confían más en sus actitudes y acciones respecto a la maternidad y el cuidado de los hijos; son también más capaces de aceptar su papel de madres y llevarlo a cabo en forma realista y eficiente; son más amorosas y tienen relaciones estrechas con sus hijos.

Finnie (1976) no es raro que los padres durante las últimas semanas del embarazo, estén preocupados por cómo sería el hijo que va a nacer, y se aflijan sobremanera si la madre da a luz a un niño "imperfecto" o lisiado. El dolor de los padres suele ser muy intenso. Al principio, los sentimientos de culpa, vergüenza, desesperación y autocompasión pueden ser abrumados al grado de que predominó el deseo de alejar de sí la dura experiencia, en algunos casos, el dolor llega al punto de desear la muerte del niño o la muerte propia. Si la pena de enfrentarse a la situación es intolerable, los padres pueden repudiar totalmente al niño, o negarse a aceptar que tenga nada de anormal o pensar que es hijo de otra persona.

A la tormenta inicial pueden suceder una gran tristeza, un sentimiento de desolación, y aislamiento, y la nostalgia por el niño normal que se cree haber perdido. No es sorprendente que

la madre tenga un sentimiento ambivalente con respecto a su hijo; es decir, que ha ratos sienta amor por él, como si fuera normal, y en otro momento se vuelva a sentir afligida, angustiada y hasta rechazante. Esto se debe, a que en realidad quiera al niño, pero no acepta sus impedimentos y sufre por ello. Quizás traten de resolver este problema asistiendo de un doctor a otro, o de un hospital a otro, buscando a alguien que les ofrezca una curación milagrosa. Las madres que sufren hondos sentimientos de culpa pueden tratar de aliviar su pena y compensar el daño hecho al niño inocente, de una de estas dos maneras: condenándose a una esclavitud sin descanso en el cuidado del niño, o proyectando su culpa hacia los doctores, trabajadores sociales o maestros y acusándolos airadamente de descuidos o equivocaciones. Algunas veces hacen ambas cosas. Las madres tienden a asumir la carga del niño incapacitadas ya que han llevado a su hijo en el cuerpo durante nueve meses, y se les dijo lo que debían hacer para que el niño naciera sano y todas las cosas que se deberían evitar para prevenir cualquier daño. No es raro, por lo tanto, que fácilmente las asalten sentimientos de culpa o piensen que son inadecuadas como esposas y madres, por lo que presentan una autoestima baja, por lo tanto cree que deben soportar solas la tarea de cuidar al niño. Desgraciadamente, los médicos a menudo refuerzan esta tendencia revelando el problema solo al padre, para que él las transmita a su esposa de la mejor manera que pueda, como si

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

realmente el problema fuera de ella.

El esposo debe darse cuenta del enorme consuelo que es para su esposa el poder hablar abiertamente acerca de sus actitudes hacia el niño, hacia ellos mismos y sentirse comprendida.

Existen madres demasiado orgullosas y no piden ayuda o la aceptan si se las ofrecen. Posponen demasiado el momento de volver a salir a pasear con su esposo o de pedir a familiares o amigas que cuiden del niño, y entonces salir a divertirse.

Creen que nadie quiere ayudarlas de esta manera; que nadie sino ellas son capaces de cuidar a sus hijos que nadie podrá atenderlos en caso de un ataque y que, por lo tanto, deben permanecer sierpes cerca del niño, en la mayoría de los casos buscan pretextos para atormentarse. Recargan su tarea sin beneficio para el niño y ponen en peligro la felicidad futura de toda la familia. Ningún hogar puede ser feliz con una madre, siempre cansada o irritable (son generalmente las madres las que se martirizan a ellas mismas).

Wishik (1955) ya hemos dicho cuan natural es que la madre o padre se culpe a sí mismo, así como a los demás. Este autoreproche a menudo se asocia a sentimientos de culpa, injustificados pero intensos. La madre suele aceptar una carta

mayor de la que le corresponde. Si se les presenta ayuda, algunas madres podrán atenuar el sentimiento de sentirse obligadas a asumir todas las responsabilidades, cuando existe la oportunidad de que compartan la "carga" mediante la asistencia de organismos.

Otro resultado del sentimiento de responsabilidad personal, es la tendencia a hacer por el niño más de lo que puede beneficiarlo y de darle demasiada libertad. Esto puede tener como consecuencia que éste se forme la idea de que el mundo, le debe todo y de que en cambio el no debe nada. Como es de esperar, los sentimientos de frustración, vergüenza y culpabilidad de los padres, se deseo de hacer por su hijo invalidado más de lo que podría justificarse y temor constante al fracaso, provocan irritación enojo y resentimiento. Más a menudo los sentimientos reprimidos hieren y enconan a los padres, al hijo invalidado y a los demás hijos. No obstante, este problema puede reducirse en gran parte con una, mayor comprensión de la situación y de los sentimientos de culpabilidad.

William (1982) señala que las madres de niños incapacitados suelen preocuparles como satisfacer la responsabilidad que tienen con el niño perceptivamente en desventaja, cuando en la familia hay niños normales. La madre al darse cuenta de esto,

se siente culpable a menudo por no poder dar a los niños normales tanto tiempo como el que otorgan al hijo con incapacidad. Es muy cierto que este tipo de niños exigirían mucha atención: probablemente mucho más que la concedida a otros niños de la misma familia. Los mejores planes para dar a cada niño un lapso de tiempo equiparable suelen fracasar debido a situaciones inesperadas, ocurridas en el transcurso normal de las actividades diarias del niño incapacitado.

La Asociación Pro-Personas con Parálisis Cerebral (APAC, 1986) nos dice que para Ackerman (1976), el significado de un niño varía notablemente de una madre a otra. Este autor observa que "algunas madres desean ardientemente tener un hijo, otras ansían tener muchos, otras pocos y otras no quieren ninguno. Algunas desean tener hijos, no por el hijo mismo, sino por un motivo ulterior: neutralizar su temor de ser frías o estériles, complacer o castigar al marido, utilizarlo como un instrumento en los conflictos conyugales, salvar el matrimonio, ganarse la aprobación de otras personas (por ejemplo, padres, abuelos o amigas), realizar la imagen convencional de la vida familiar, convertirse en "madre", utilizarlo como un símbolo de sufrimiento de la mujer, transformarlo en una prolongación masculina y agresiva de sí misma o dar al niño lo que la propia madre jamás tuvo en su niñez".

Si el hijo nace limitado o deficiente, la discrepancia entre la imagen ideal y realidad se hace aún mayor. Tal discrepancia puede llegar a ser tan grande que los padres se encuentran, al menos temporalmente, sin recursos para superar la situación a la que deben enfrentarse. Los padres no solo esperan tener un hijo sano y "normal" sino que también sienten la necesidad de crear algo nuevo.

El nacimiento de un niño no es simplemente la creación de otro ser sino que puede decirse, en un sentido muy real, que los padres se "reproducen" a sí mismos, cuando traen un hijo al mundo. Un grave trastorno congénito en el hijo puede acabar con este orgullo y cerrar definitivamente con la posibilidad de prolongar la línea familiar. Vale la pena recordar que las personas no reaccionan directamente a los acontecimientos externos, sino a los significados internos que asumen tales acontecimientos, porque en la crisis que se plantea tras el descubrimiento de la limitación del hijo, el elemento crucial no es el trastorno mismo, sino la demolición de las expectativas maternas.

AFAC (1986) según Caplan, "la crisis es lo que sucede cuando una persona se enfrenta a una dificultad, a una amenaza de pérdida real, en lo que nos dispone de suficientes recursos, ni por consiguiente, de un medio directo de controlar el

conflicto". Esta definición podrá ayudarnos a comprender lo que ocurre a los padres cuando se les dice que su hijo recién nacido tiene un defecto.

Los padres se hallan en una situación que les impone una serie de adaptaciones prácticas y psicológicas en múltiples direcciones. Verdad es que todos debemos adaptarnos continuamente a las cambiantes realidades del mundo, pero en la vida ordinaria este proceso es muy lento y las situaciones son, por lo general, controlables, de modo que la persona madura puede adaptarse a ellas sin perder el equilibrio mental y afectivo. La situación que aquí estamos considerando, en cambio, exige una adaptación instantánea. Los padres se encuentran con que todas sus expectativas y esperanzas sobre la paternidad no tienen de repente nada que ver con la realidad.

La situación a la que deben enfrentarse cae, por consiguiente, fuera de su marco de referencia. Y como, por lo general, suele ser también muy dolorosa, tratan de encontrar un modo de defenderse de ella.

El desfase entre el acontecimiento y su aceptación emocional implica dos reacciones distintas:

Comoción, la primera reacción de cualquier padre es

inevitablemente de impotente aturdimiento. El aturdimiento paralizante es una defensa muy primitiva contra el dolor; actúa como un anestésico, defecto inmediato aunque temporal, que da a la mente tiempo para elaborar un sistema de defensa más adecuado. Los padres que se hallan en esta situación tienden a vivir aturdidos, incapaces de reaccionar con realismo ante las personas y objetos que les rodean.

Rechazo, es simplemente la negativa a aceptar la verdad. "La cosa es así" se convierte en "la cosa no es así". el médico dice "su hijo es limitado". Los padres protestan: "mi hijo no es limitado".

No es difícil comprender por que tales padres "peregrinan" de un médico a otro, esperando que en algún punto del recorrido les ofrezcan un diagnóstico más fácil de sobrellevar. Pero, tarde o temprano, acabará impidiéndoles una actitud más realista, aunque esto no significa, por supuesto, que todos los problema de los padres vayan a desaparecer de repente.

Una reacción natural que la mayoría de los padres acaba por experimentar antes o después, es un sentimiento de profunda pena. Tanto la pena como la ansiedad son sentimientos muy contagiosos. Es bien sabido, lo fácilmente que la madre, puede transmitirlo al hijo. Incluso la ansiedad más inexplicable e irracional pueden transmitirse a los hijos con sorprendente

rapidez. Cuando tales sentimientos persisten durante un largo periodo de tiempo, cosa que ocurre con frecuencia, su efecto sobre los hijos pueden llegar a ser muy considerable.

Los sentimientos de culpa son otra reacción casi inevitable de los padres. Los sentimientos de culpa depende de ciertas asociaciones "internas" a las que casi inevitablemente acompaña, como manifestación externa, el correspondiente sentimiento de vergüenza. Nada le gusta más a la madre que comparar el desarrollo de su hijo con el de otros niño. Por ello, cuando tal desarrollo se detiene, la madre se ve asaltada por sentimientos de turbación y vergüenza en presencia de otras personas.

No es pues de extrañar que muchos padres tratan de ocultar a sus hijos limitados, a menudo "escondiéndose" ellos mismos hasta aislarse de sus amigos y parientes. Podríamos mencionar otras reacciones emocionales de la madre, por ejemplo; la confusión e ignorancia que inevitablemente sienten cuando se encuentran con un hijo tan diferente que necesitarán conocimientos especiales de medicina y asistencia para atenderlos adecuadamente; la continua frustración de educar a uno que es inconsistente o precisa de constantes cuidados o presenta problemas de comportamiento; o finalmente, las depresiones que muchas de ellas deben atravesar. Pero

deberíamos añadir que estos sentimientos negativos no son sino la reacción natural ante los aspectos negativos de la limitación, y que, aunque dichos aspectos prevalecerían inicialmente y a menudo durante un periodo largo de tiempo, debería recordarse siempre que, después de todo, el hijo limitado no deja de ser hijo.

Las mujeres que se encuentran con tales sentimientos, provocan que se deteriore su relación marital. Pueden darse recriminaciones mutuas de impotencia y proyecciones de sentimientos de culpabilidad y fracaso sobre el otro cónyuge. Con frecuencia tales recriminaciones suelen insinuarse más que afirmarse abiertamente, con lo que no se consigue sino aumentar la confusión y la distancia de la pareja.

AFAC (1986) dice que en los estudios de Pringle y Fides (1977) sobre los niños Espásticos, hacen el siguiente comentario "la experiencia muestra que el nacimiento de un hijo gravemente limitado producen la familia una de las siguientes situaciones diametralmente opuestas: o los padres superan la situación de un modo admirable y a veces heroico, y el niño crece casi igual que un niño normal, o la familia es incapaz de soportar la terrible tensión generada, la madre se derrumba, el matrimonio vacila y el niño se ve totalmente rechazado o causa tensiones y disensiones que inevitablemente encontrará un reflejo en su propia inadaptación.

Un problema resulta difícil de resolver cuando las energías físicas o emocionales de la persona que lo experimenta están agotadas o empobrecidas. En tales casos, es preciso aliviar los sentimientos de la persona y mitigar el impacto del problema, a fin de que con el apoyo del proceso, pueda empezar a enfocar y analizar la situación en cuanto a las consecuencias de ésta sobre sí misma y de sí misma sobre ella, a la vez que piensa en posibles adaptaciones. cuando la madre hace a su hijo una serie de caricias, juegos corporales, "gracias", a las cuales el niño normal responde con una sonrisa o gestos de agrado. El niño limitado no responde a los estímulos de la madre, y ésta se frustra o desanima, siendo frecuente que acabe dejándole en la cuna sin intentar atraer su atención. Pero aunque el niño no responda, precisa de igual o mayor contacto corporal y estímulos afectivos y sensoriales. Por lo tanto, conviene que la madre conozca estas necesidades a fin de que no pierda la ilusión, abandonando estas manifestaciones afectivas.

Exigiéndole: porque tan malo es para el niño que no se le haga caso, como que se le mime demasiado. (AFAC, 1986)

Si una persona se considera a sí misma agradable y digna de amor y las personas que le interesan y la gente en general la tratan de esa forma, ella estará cada vez más segura de que es

agradable y digna de amor. Lo opuesto es igualmente verdad: si la persona cree que ella no es muy agradable y la gente la esquiva o la trata bruscamente, su autoconcepto negativo se reafirma.

El que ella luche para mantener una buena autoimagen o para proveer una mala, dependerá en gran parte, de cuanto ha podido asimilar de su experiencia vital para desarrollar su autoimagen actual. Mientras más experiencias haya tenido con la vida, más vigorosamente luchará para proteger la imagen que lo hace sentir más a gusto. Desafortunadamente parece que es más difícil modificar positivamente un autoconcepto y sostenerse en las buenas expectativas, que dejarse llevar destructivamente de una autoimagen lesionada y dar rienda suelta a las malas expectativas de sí mismo.

Coopersmith (1967) señala lo siguiente: Las mujeres con autoestima alta se criaron bajo condiciones de aceptación, definición clara de reglas y respeto son efectivas, equilibradas y competentes, capaces de acciones creativas e independientes. Su nivel de ansiedad prevaleciente parece ser bajo su habilidad para tratar con la angustia es mejor que el de otras personas, son socialmente hábiles y capaces de tratar con situaciones y demandas externas de una manera directa.

Sus relaciones sociales son generalmente buenas y no son afectadas por dificultades personales, ocupan posiciones de influencia y autoridad.

Las mujeres con autoestima media parecen ser similares a las de autoestima alta son pocas excepciones. Son relativamente bien aceptadas, poseen buenas defensas y criadas bajo condiciones delimitadas y respetuosas; también poseen la orientación de fuerte valor y tienden a confiar en sus semejantes.

Las de autoestima baja son criadas bajo condiciones de rechazo, inseguridad y falta de respeto, llegando a creer que son impotentes y sin recursos se sienten aisladas, sin amor, incapaces de expresarse y defenderse y demasiado débiles para confrontar y sobrellevar sus deficiencias. Incapaces de realizar acciones tienden a retirarse y ser completamente pasivas y complacientes, sufriendo los síntomas de angustia y ansiedad.

Así vemos que la autoestima que se tenga y la que le da el medio ambiente a la mujer es determinante como parte importante a actitudes o conductas que adoptan dentro de este, para modificar o no ese valor que se le ha asignado como parte de un cambio social que le permitirá un mejor desenvolvimiento.

La mujer aspira a realizarse como persona lo que podrá lograr elevando el concepto que tiene de sí misma. Mediante los procesos de sensibilización, la sociedad ha venido apoyando a la mujer para que alcance el nivel igualitario que le corresponde lo que le facilitará el camino para estar más integrado a la sociedad y sentirse más satisfecha.

Se concluye que la autoestima es un proceso psicológico, su contenido está socialmente determinado y esto es lo que va a dar a los individuos el valor que cada uno tiene de sí mismo.

El que los individuos adquieren su propia estima, es todo un proceso del psiquismo humano en el que incluyen diversos factores como son el medio familiar y cultural, la clase social y la raza a la que se pertenece.

Con respecto a las investigaciones se mencionan las siguientes:

Campbell, Leib, Vollman y Gibson (1989) investigaron a 7 infantes con encefalopatía severa seguidos por asfixia perinatal fueron estudiados longitudinalmente a 2 años de edad para determinar los resultados de salud y desarrollo y para investigar la relación madre-hijo.

Las anotaciones de evaluación del desarrollo indicaron que 5

sujetos fueron diagnosticados con Parálisis Cerebral, después a los 12 meses se hizo una visita, uno fue diagnosticado con permanente evidencia de Parálisis Cerebral a los 24 meses.

La interacción madre-hijo se diferenció del grado de incapacidad y los resultados, en donde los signos médicos fueron poco confiables de los resultados posteriores de desarrollo. La interacción de las madres y sus hijos depende de el diagnóstico del hospital ya que hacen diferencias entre sujetos con severa incapacidad para aquellos que tienen una incapacidad moderada, mínima o normal.

Barrera y Vella (1987) estudiaron la interacción social de 11 diadas madre-hijo, incluyendo a niños con incapacidad física y 11 días incluyendo niños normales. Los incapacitados incluyen hemiplejía, cuadriplejía espástica, diplejía, hipotonía, espina bifida y el síndrome de Praeder-Willi. A las diadas se les tomó película en su casa durante un periodo de 10 min., de juego libre y la conducta de la relación fue transcrita por los observadores. Los resultados indicaron que aunque la interacción de los padres por medio de los grupos fue generalmente similar, utilizando más la conducta verbal y dominante y en las madres se notó menos la interacción física y menos contacto visual para los niños incapacitados. La investigación sugiere una reciprocidad de conductas sobre la parte de los miembros de las diadas en ambos grupos.

Sexton, Miller y Rotatori (1985) investigaron la relación entre padres e hijos relacionados con variables y porcentajes demográficos, de acuerdo al cálculo entre ambos madres y padres y un diagnosticador con respecto a los niños incapacitados. 40 madres de 18 a 41 años y 32 padres de 22 a 48 años de niños incapacitados de 8 a 80 meses, enlistados en un programa de estimulación temprana fueron entrevistados para completar un perfil de desarrollo. A cada niño se le dio un porcentaje para comparar el dato de los padres con el obtenido por el diagnosticador quien marcó el perfil de desarrollo por medio de la prueba directa y la observada. La relación significativa fue descubierta de acuerdo a algunas variables y porcentajes demográficos. De acuerdo al nivel medio entre el diagnosticador y las madres fue de 88% y entre el diagnosticador y los padres fue de 87%. Las variables significativas relacionadas para las madres y diagnosticadores fueron congruentes en la edad de los padres y el ingreso familiar. Algunas de esas variables como el sexo del niño fueron significativas para los padres y diagnosticadores.

Hanzlik y Stevenson (1986) observaron la interacción madre-hijo durante 15 min., de juego libre en la casa de 40 familias de niños de 8 a 36 meses con retardo mental, retardo con Parálisis Cerebral y los no retardados que corresponden a la edad cronológica y edad mental.

Se midió un solo análisis de varianza (ANOVA), seguida por la prueba de rangos múltiples de Tukey, por los contrastes indicaron que las madres de ambos grupos de desarrollo de niños incapacitados fueron más directas que las madres de los niños no retardados. El desarrollo de los niños incapacitados fueron más complacientes que ambos grupos de niños no retardados y mostraron un nivel inferior de conducta y menos comprometidos en la interacción verbal que los niños no retardados. El contacto físico fue más frecuente para los niños de Parálisis Cerebral y sus madres que para los grupos de madres-hijos. El modelo comunicativo reportó que esos grupos fueron interpretados de acuerdo a R. Bells, limitando el control estratégico, en la cual predijo que las madres toleraron la conducta del niño dentro de sus expectativas y actividades, intentaron alcanzar la conducta de los niños dentro de este término.

Beckman (1983) utilizó el cuestionario sobre Stress para intervenir a 31 padres de niños incapacitados de 6 a 36 meses con síndrome de Down y Parálisis Cerebral. Para determinar el alcance, especificaron conductas amables y características de los niños, el reporte del stress fue aportado por las madres.

Fueron examinadas 5 características: Porcentaje progresivo del niño, sensibilidad, temperamento, modelos de conducta y la

presencia de la sobreprotección. Todas las características fueron significativamente relacionadas con el stress. Solo las características demográficas fueron asociadas con el significado del stress reportado por las madres en casa. Las madres solo reportaron más stress estando en casa que no estando.

Las investigaciones anteriores son acercamientos relacionados al tema ya que es la primera aportación realizada con este tipo de variables MMPI y Autoestima, por lo que no son correlaciones exactas y no se puede llegar a determinar la relación.

CAPITULO 2
METODOLOGIA

2.1 PROBLEMA

¿Cuál será la relación que existe entre los rasgos de personalidad obtenidos a través del M.M.P.I. y la Autoestima en mujeres entre 20 y 45 años, que tienen hijos con Parálisis Cerebral que asisten al Jardín de niños AFAC Constituyentes?

2.2 OBJETIVO GENERAL

El objetivo de esta investigación fue establecer la relación que existe entre los rasgos de personalidad obtenidos a través del M.M.P.I. y la autoestima en mujeres entre 20 y 45 años, que tienen hijos con Parálisis Cerebral que asisten al Jardín de niños AFAC Constituyentes. Los rasgos se midieron por medio de las 10 escalas clínicas: Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Desviación psicopática, Esquizofrenia, Masculino-Femenino, Paranoia, Psicastenia, Hipomanía, Introversión-Extroversión y las tres escalas de validez L, F, K, las cuales se relacionaron con el cuestionario de autoestima. De esta relación dependió que la autoestima fuera baja o alta. Con la obtención de los puntajes se realizará un programa de orientación y apoyo psicológico a las mismas, lográndose a través de pláticas y dinámicas grupales.

2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Establecer los rasgos de personalidad obtenidos a través del M.M.P.I. de mujeres entre 20 y 45 años que tienen hijos con Parálisis Cerebral.
- 2.- Establecer la Autoestima de las mujeres entre 20 y 45 años que tienen hijos con Parálisis Cerebral.

2.4 HIPOTESIS.

- Hipótesis de Trabajo:

Existe correlación entre los rasgos de Personalidad obtenidos a través del M.M.P.I. y la Autoestima en mujeres entre 20 y 45 años que tienen hijos con Parálisis Cerebral que asisten al Jardín de Niños APAC Constituyentes.

- Hipótesis Nula:

No existe correlación entre los rasgos de Personalidad obtenidos a través del M.M.P.I. y la Autoestima en mujeres entre 20 y 45 años que tienen hijos con Parálisis Cerebral que asisten al Jardín de Niños APAC Constituyentes.

- Hipótesis Alternas:

- Ha. Existe una correlación positiva entre los rasgos de personalidad y la autoestima dependiendo de la edad.

- Ho. Existe una correlación negativa entre los rasgos de personalidad y la autoestima dependiendo de la edad.
- Ha. A mayor nivel socioeconómico mayor Autoestima.
- Ho. A mayor nivel socioeconómico menor autoestima.
- Ha. A mayor nivel socioeconómico mayores rasgos psicopáticos.
- Ho. A mayor nivel socioeconómico menores rasgos psicopáticos.
- Ha. A menor nivel socioeconómico mayor Autoestima.
- Ho. A menor nivel socioeconómico menor Autoestima.
- Ha. A menor nivel socioeconómico mayores rasgos psicopáticos.
- Ho. A menor nivel socioeconómico menores rasgos psicopáticos.

2.5 VARIABLES.

Variables Dependientes:

- Rasgos de Personalidad.
- Autoestima.

Variables Independientes:

- Sexo.
- Edad.
- Niveles Socioeconómicos.

2.6 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL:

Rasgos de Personalidad:

Es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característico. (Allport, 1966).

Rasgos de Personalidad:

Se obtuvo por medio del M.M.P.I. que nos dio un perfil de los sujetos a través de sus 10 escalas clínicas y tres de validez.

Autoestima:

Es el resultado de la internalización de las normas y los valores del grupo social y del adecuado desempeño ante las mismas, adquiridas a través de las relaciones interpersonales que reflejan de alguna manera la actitud de los demás tienen ante el sujeto, de lo cual el sujeto abstrae un concepto de sí mismo, ante el cual, el sujeto mismo presenta una actitud valorativa. (Reidl, 1981).

Autoestima:

La escala es de tipo Likert, de tres opciones de respuesta, dando un peso de tres a la opción que manifiesta una Autoestima alta, y uno a la opción que manifiesta una Autoestima baja. (Reidl, 1981).

Sexo:

Diferencia tanto física como orgánica del hombre y la mujer.
(Diccionario Enciclopédico Larrouse, 1990).

Sexo:

Se utilizaron solo mujeres casadas, solteras o en unión libre que tuvieran hijos con Parálisis Cerebral.

Edad:

Tiempo vivido de una persona desde que nace hasta que muere.
(Diccionario Enciclopédico Larrouse, 1990).

Edad:

El rango que se estableció fue de 20 a 45 años .

Nivel Socioeconómico:

Se refiere a la estratificación social que concibe a la sociedad formada por seguimiento o estratos, en donde para medir o ubicar a los individuos dentro de cada estrato utiliza los indicadores de bienestar social, ingresos, salud, alimentación, vivienda, escolaridad, vestido, etc. De esta forma se encuentran ubicados los estratos de altos, medios y bajos ingresos. (Gómezjara, 1985).

Nivel Socioeconómico:

Los estratos se encuentran ubicados de acuerdo a los ingresos de las familias. Los rangos son:

MEDIO.- Con un salario de 1,000,000.00 a 2,000,000.00 mensuales.

BAJO.- Con un salario de 400,000.00 a 1,000,000.00 mensuales.

2.7 POBLACION.

Constó de 104 sujetos de 8 grupos del Jardín de Niños APAC Constituyentes, de los cuales se tomaron a las mujeres quienes oscilaron entre 20 y 45 años de edad, que pertenecen a niveles socioeconómicos diferentes.

2.8 MUESTRA.

Quedó constituida por 60 mujeres que tienen hijos con Parálisis Cerebral de APAC Constituyentes, en la cual la edad representativa fue de 28 años con una media de $\bar{X}=31.650$ y una Desviación Estándar de $S=5.498$. El nivel socioeconómico representativo fue de la población fue el bajo con una media de $\bar{X}=1.350$.

2.9 TIPO DE MUESTREO.

Para esta investigación se utilizó un muestreo: Aleatorio Simple: Es aquel que da a todos los miembros de la población

oportunidades iguales e independientes de ser seleccionados. (Citado en Pick y López, 1979).

No Probabilístico: Este se basa en las apreciaciones del investigador, lo cual puede representar una desventaja. (Citado en Pick y López, 1979).

2.10 TIPO DE INVESTIGACION.

El tipo de investigación fue:

Descriptiva: Ya que se describió el fenómeno tal como se presentó en la realidad.

Campo: Porque se estudio un determinado grupo de personas, su principal característica consiste en que se realizó en el medio natural que rodea al individuo.

Transversal: Porque se estudió el fenómeno en un momento determinado. (Citado en Pick y López, 1979).

2.11 DISEÑO

Ex-post-facto: Esto es a partir de lo acontecido, es una búsqueda sistemática empírica, no se tiene control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Es un diseño factorial puesto que el estudio de la conducta humana siempre es multicausal; es decir, cuando una persona manifiesta cualquier tipo de comportamiento éste es el resultado de varias

causas o variables. Para obtener o explicar determinada conducta no sólo se requiere de la presencia de muchas variables, sino que cada una de estas deberán tener dos o más valores.

Una sola muestra: Ya que se extrajo de una población determinada. Este diseño se utiliza principalmente en estudios descriptivos o exploratorios; cuando queremos conocer algunos aspectos relativos a una población. (Citado en Kerlinger, 1975; Pick y López, 1979).

2.12 INSTRUMENTO.

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

Hathaway y Mckinley basados en sus experiencias clínicas reunieron originalmente un conjunto de 1,200 frases que provienen de diversas fuentes: historias clínicas, de medicina general, neurológica y psiquiátrica, escala de actitudes personales y sociales, resúmenes de casos, manuales de entrevistas psiquiátricas, etc. Las escalas escogidas originalmente fueron simplemente aquellas que se derivaron con mayor facilidad por la frecuencia de las respuestas.

Conforme se ha venido desarrollando, este procedimiento permite que cada nueva escala derivada se introduzca al sistema M.M.P.I., sin más equipo adicional que una nueva clave y normas.

Numerosas investigaciones han permitido que desde la publicación original de este instrumento se hayan derivado más de 200 nuevas escalas. (Dahlstrom y Welsh, 1960).

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

El instrumento consta de 566 preguntas y tiene tres escalas de validez y diez escalas clínicas.

ESCALAS CLINICAS

1 Hs HIPOCONDRIASIS: Está integrada por 33 frases. Expresan en forma constante sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática, manifestando persistentemente y a menudo en forma extrema sus preocupaciones relacionadas con su salud física.

2 D DEFRESION: Está integrada por 60 frases, es caracterizada a menudo como la escala del "estado de ánimo" ya que es posible por medio de ella encontrar estados emocionales momentáneamente y transitorios.

3 Hi HISTERIA: Está integrada por 60 frases, se integró con objeto de identificar a pacientes que padecían de Histeria de conversión.

4 Dp DESVIACION PSICOPATICA: Los sujetos normales que ofrecen puntuaciones elevadas en esta escala integrada por 50 frases, tienen como características principales el ser rebeldes, cínicos, no hacen caso de reglas establecidas, en su grupo social son agresivos con los demás, egoístas; son por otra parte sujetos entusiastas, francos, individualistas, se preocupan demasiado y son muy sensibles.

5 Mf MASCULINO-FEMENINO: Está integrada por 60 frases que tienen el objeto principal de obtener respuestas relacionadas con intereses que puedan definirse entre los que son propios de los hombres y de las mujeres, es decir pertinentes a características propias de un sexo o del otro.

6 Pa PARANOIA: Esta escala esta integrada por 40 frases originalmente diseñada con fines de encontrar pensamiento o ideas paranoides.

7 Ft PSICASTENIA: Esta escala está integrada por 48 frases elaboradas con el propósito de encontrar características de la personalidad clasificada como psicastenia, las características de ella incluyen reacciones fóbicas y obsesivas compulsivas.

8 Es ESQUIZOFRENIA: Tiene 78 frases y es la más numerosa de todas las escalas clínicas. Sin embargo, es una de las escalas más débiles el contenido extraño de las frases es asociado con la esquizofrenia, como lo es también el contenido que implica aislamiento emocional, las relaciones inadecuadas con los familiares, apatía e indiferencia.

9 Ma HIPOMANIA: El sujeto de esta escala fue poder diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maniaco-depresivos tipo maniaco.

O Si INTROVERSION-EXTROVERSION: Esta escala fue originada con sujetos normales y se busco con ella la tendencia a la introversión o a la extroversión social.

ESCALAS DE VALIDEZ.

? FRASES OMITIDAS: La primera escala que se considera es la integrada por frases que el sujeto emite.

L Tiene el fin de encontrar o poder evaluar el grado de franqueza del sujeto al tomar la prueba.

F Los sujetos normales generalmente obtienen una puntuación de 3-7 en esta escala que está integrada por 4 frases. Una puntuación elevada afecta a las otras escalas de la prueba, por lo que se ha encontrado de gran importancia considerar, como primer paso de la interpretación, el valor F, ya que, en su totalidad, el protocolo esta enormemente relacionado con esta escala, ésta evalúa las perturbaciones emocionales.

K Esta escala integrada por 30 frases opera como escala de corrección para las escalas clínicas: 1 (Hs), 4 (Dp), 7 (Pt), 8 (Es), 9 (Ma), pero también como índice de ciertas características de personalidad.

ADMINISTRACION Y CALIFICACION.

Aunque la administración de las pruebas como el M.M.F.I. requiere menos habilidad profesional que la necesitada en otras pruebas utilizadas en la evaluación de la personalidad, no debe olvidarse que la utilización de cualquier método de investigación de la personalidad es un acto que requiere entrenamiento profesional. El administrador de la prueba debe darse cuenta si el sujeto comprende lo que va a hacer después de habersele leído las instrucciones.

La consigna de la prueba elimina la posibilidad de dejar sin contestar y solicitar al sujeto que trate de contestar las que ha omitido.

El folleto puede administrarse individualmente o en grupo y debe revisarse antes de una aplicación con el fin de ver si está completo, si las páginas están en el orden deseado, si no existen anotaciones que hayan sido hechas por examinados anteriores, etc. La hoja de respuesta debe incluirse en la primera página del folleto y los datos generales que en ella se solicitan deben ser contestados por el examinado.

Cuando el inventario se aplica a grupos, debe observarse que los examinados no se comuniquen entre si, ni comenten el tipo

de respuestas que han dado y mucho menos que bromeen sobre las frases.

Una vez que se tiene la hoja de respuestas contestada adecuadamente se puede calificar el protocolo obtenido. Se comenzará por marcar las respuestas no contestadas y aquellas en que la misma frase ha sido contestada cierta falsa a la vez, lo cual elimina esa frase, y anotar el número de estas respuestas en el espacio indicado en la hoja de respuestas.

Después de calificar la escala L . No se necesita hoja de calificación especial, ya que la puntuación se obtiene contando las respuestas marcadas "Falso" de las siguientes frases: 15, 30, 45 , 75, 90, 105, 120, 135, 150, 165, 195, 225, 255, 285.

El número total de respuestas L se coloca en el espacio correspondiente en la hoja de respuestas.

En la calificación de las otras escalas es necesario tener las claves que consisten en hojas de cartulina del mismo tamaño que la hoja de respuestas que se usa y en las que existen perforaciones, éstas están hechas en tal forma que las marcas que se observan a través de ellas corresponden al número de respuestas que deben contarse para la escala que se califica.

Este número se anota en el espacio correspondiente que se

encuentra en la parte superior de la hoja de calificaciones y corresponde a la puntuación en bruto o no calculado de cada escala. Todas las escalas son las mismas para sujetos de ambos sexos con excepción de la escala Mf que tiene claves diferentes para hombres y mujeres.

Una vez que se tienen las puntuaciones antes mencionadas, se convierten éstas en puntuaciones T. Las puntuaciones T en las que se traza el perfil se basan en puntuaciones equivalentes a las puntuaciones naturales para cada escala: A excepción de las escalas 7, L, y F. Después que se han obtenido las puntuaciones naturales de las escalas, se utiliza la hoja del perfil del

M.M.F.I. que ya está preparada para el proceso que describimos a continuación. En primer lugar, se anotan las puntuaciones obtenidas en los lugares indicados y que se encuentran en la base de lo que va a convertirse en un diagrama una vez que se coloquen marcas en las columnas de puntos que integran las diferentes escalas. Después se encuentra la corrección correspondiente en función del valor K y se agrega a las puntuaciones de Hs, Dp, Es, y Ma. Este valor de K se encuentra generalmente a un lado de la hoja del perfil y según la cantidad que sea se coloca en el lugar correspondiente horizontal a la expresión "agregar el factor K". Las otras escalas permanecen con su valor original ya que a ellas no se

les agrega ninguna puntuación. Con todos estos valores se procede a encontrar las puntuaciones T.

Primero se localiza la puntuación natural anotada para cada escala en la columna correspondiente en el perfil. Se coloca una marca con un círculo pequeño o una cruz en el lugar exacto.

El valor equivalente de T se encuentra en las columnas laterales a la izquierda y derecha del perfil bajo la letra T.

Una vez que se ha situado el valor para cada escala por medio de círculos u otras marcas se conectan primero para las escalas L, F y K que se encuentran a la izquierda del perfil y después se unen los puntos de las escalas clínicas que comienzan con Hs y terminan con Si. Una vez que se ha unido por una parte los puntos o círculos de las escalas de validez y por otra las de las escalas clínicas, se tiene preparado el diagrama comúnmente llamado PERFIL DEL M.M.P.I.

ELEVACIONES DE T.

Escala L

T 36-55 No existen datos consistentes que puedan considerarse significativos.

T 56-63 Mucha necesidad de impresionar en forma favorable

y de ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación al control de uno mismo y a principio morales establecidos. Convencionalismos, conformismo. No se dan cuenta de la manera que su conducta impacta a otros.

T 64-69 Utilización de represión y negación, falta de comprensión de sí mismo, rigidez excesiva, engaño se sí mismo en forma consciente.

T 69-70 Utilización excesiva de la represión y negación en forma ingenua y sin comprensión. Falta de flexibilidad en la adaptación, y muy pobre tolerancia al stress y a las presiones ambientales.

Escala F

T 44-54 La persona contesta a las interrogantes en forma racional y pertinente. Son personas normales relativamente libres de tensión, quienes mantienen una buena adaptación.

Pueden ser convencionales y de pocos intereses.

T 55-69 Implican independencia de pensamiento y negativismo. Son personas temperamentales, insatisfechas, inquietas y malhumoradas, obstinadas en sus opiniones e inestables.

T 70-80 Estas elevaciones sugieren una probabilidad creciente de mal funcionamiento del Ego, falta de interés, falta de cooperación, mala interpretación del material leído.

T 80- Falta de cooperación en el proceso de evaluación que resulta en un proceso al azar al contestar todas positivas o negativas. Falta de comprensión debido a pobre capacidad de entendimiento, dificultades en la lectura o confusión psicótica. Posibilidad de que el examinado quiera aparentar mayor enfermedad de la que en realidad le afecta.

Escala K

T 25-45 (0-9 natural) Tiene un concepto inadecuado de sí mismo, empobrecido y lleno de insatisfacciones en relación a sus habilidades; esta insatisfacción puede orillarlos a mejorar su status.

T 46-60 (10-12 natural) El típico normal. Se indica aquí un equilibrio entre abrirse y protegerse uno mismo es decir, estas personas son libres y abiertas en sus autodescripciones y admiten sus limitaciones.

T 61-70 Tienden a disminuir o a no darle valor a sus faltas y a las de su familia y a las circunstancias. Defensivos leves o moderados y falta de comprensión de sus problemas.

T 72-85 Sistema defensivo severo. Resistencia a la evaluación psicológica y falta de comprensión de sus problemas son las principales características. Son personas rígidas e inflexibles, intolerantes ante desviaciones de conductas propias y de otros. No aceptan el rol de pacientes y no responden a tratamiento.

CLINICAS

Las elevaciones de T son exclusivamente de mujeres.

Escala 1 Hs HIPOCONDRIASIS

T 21-49 (0-13 natural) Estas personas presentan muy pocas veces quejas o molestias somáticas y poco interés acerca de su propia salud personal, son personas alertas, optimistas y efectivas en sus vidas.

T 50-59 (13-17 natural) En este grupo se encuentran personas realistas acerca de su salud y pocas manifestaciones de sintomatología somática.

T 60-74 (18-25 natural) Se observa que las personas expresan interés significativo acerca de su salud; otros presentan quejas somáticas difusas y vagas, preocupación por su salud.

T 75-84 (26-30 natural) Personas con interés prominente acerca de la integridad física y un gran número de preocupaciones somáticas. Las defensas somáticas no son efectivas; ruegan que se les trate y a la vez rechazan y devalúan cualquier ayuda. La actitud es de personas amargadas con expresiones indirectas de hostilidad.

T 85 (31 natural) Personas con preocupaciones somáticas numerosas de naturaleza crónica, presentan fatiga funcional, debilidad, manifestación de síntomas para todos los sistemas corporales.

Escala 2 D. DEPRESION

T 28-44 (8-16 natural) Personas entusiastas, optimistas, sociables. No presentan inhibiciones que les ocasionen hostilidad a los demás.

T45 (17-24 natural) Personas con perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo; se caracteriza también por mucha energía y entusiasmo.

T60-69 (25-29 natural) Personas levemente depresivas, preocupadas y pesimistas, lo que puede resultar de situaciones temporales que le preocupan; esta elevación refleja características más estables y duraderas.

T 70-79 (30-35 natural) Pacientes con niveles de depresión clínicamente significativos por su importancia, se preocupan por minuciosidades.

T 80 (36 natural) Pacientes con depresión severa, preocupación extrema y pesimismo. Se caracterizan por su conducta indecisa y aislamiento, anorexia e insomnio. Sentimientos de inadecuación y depresión con rasgos delirantes y las elevaciones superiores presentan cuadros de apatía extrema y reacciones psicomotoras lentas.

Escala 3 Hi HISTERIA

T24-44 (6-16 natural) Personas que se caracterizan por negación de relaciones interpersonales adecuadas y una actitud

cínica con la gente. Conformistas y carentes de tacto social, o tal vez socialmente aislado.

T 45-59 (17-24 natural) Todavía no se encuentran significados consistentes en este nivel.

T 60-69 (25-29 natural) Si la escala 1 es también elevada y la escala 2 es diez T menor que uno y tres lo más frecuente es un cuadro de Histeria. Se observan también tendencias a la somatización durante periodos de tensión. Si la escala tres excede a la uno por lo menos en 10 T, se presentan más bien características de una personalidad histeroide con disminución de síntomas somáticos. Son personas egoístas que generalmente necesitan percibirse en forma favorable, no tienen comprensión de sus relaciones interpersonales.

T 70-75 (30-33 natural) Sugiere inmadurez, egocentrismo, sugestibilidad y exigencia. Son personas con características histeroides y mecanismos de defensa represivos.

T 76-85 (34-39 natural) Tendencia a desarrollar síntomas conversivos después de periodos prolongados de tensión. Molestias somáticas tales como cefálea, dolor en el pecho en la espalda, malestares abdominales, mareos, desmayos, debilidad. Estos síntomas pueden estar basados en algún tipo de patología física. Puede presentarse como característica también, una prolongada historia de inseguridad, inmadurez y una bien establecida tendencia a quejarse de malestares físicos.

T 95 (40 natural) Son personas increíblemente inmaduras, egocéntricas y exigentes y una sorprendente característica de represión y falta de comprensión. Generalmente piensan que su problema es esencialmente somático y se adhieren a esa opinión.

Escala 4 Dp DESVIACION PSICOPATICA

T 20-44 (3-16 natural) Personas convencionales y conformistas, pasivas y reservadas, moralistas y con pocos intereses.

T 45-59 (17-23 natural) Las personas que ofrecen esta puntuación, no son controladas ni restringidas, aunque si puede observarse que exista un grado aceptable de conformismo a las reglas sociales.

T 60-79 (24-27 natural) Personas independientes e inconformistas, no son impulsivas ni presentan sentimientos inapropiados, son enérgicas y activas. Pueden haber tenido experiencias de dificultades con la aceptación de normas sociales.

T 70-79 (natural) Se encuentran individuos rebeldes, resentidos e inconformes. Son personas con tolerancia a la frustración limitada, insatisfechas e inadaptadas a la sociedad. Además se observan impulsivas, sus relaciones interpersonales, son superficiales, tienen conflictos con el grupo social.

T 79 (32 natural) Carecen tanto de juicio social, como de la capacidad de beneficiarse de la experiencia; la conducta antisocial y conflicto con figuras autoritarias pueden convertirse en conflicto serio. Son individuos que se interesan en los demás solamente cuando los pueden utilizar y explotar para sus propios intereses.

Escala 5 Mf MASCULINO-FEMENINO

T 20-40 (50-42 natural) Son pasivas, sumisas, restringidas y parecen tener lástima de sí mismas, y a la vez encuentran errores en toda la gente.

T 41-55 (41-34 natural) A este nivel se encuentra la mujer de clase media con intereses vocacionales.

T 56-65 (33-29 natural) Pueden sugerir características de gran seguridad, capacidad en la competencia, gran actividad especialmente cuando la puntuación sube de T -60.

T 66 (28 natural) Son personas confiadas en sí mismas, espontáneas y desinhibidas; se encuentran en ocupaciones que tradicionalmente son masculinas, se rebelan en contra del rol tradicionalmente femenino. Son dominantes agresivas y toscas.

Escala 6 Pa PARANOIA

T 27-44 (0-6 natural) Personas difíciles, testarudas, obstinadas, persistentes, sensibles, demasiado sensibles, con antagonismos interpersonales.

T 45-59 (7-11 natural) Se caracterizan por su adecuada flexibilidad, y falta de sensibilidad inadecuada entre 55-59, son muy alertas, sensibles y astutas.

T 60-69 (12-15 natural) Se caracterizan por sus hipersensibilidad, rigidez y sentimientos de limitaciones y presiones ante los aspectos sociales y vocacionales de la vida. Exhiben mucha desconfianza, parecen resentidos acerca de males reales e imaginados que sienten se le hacen: son muy capaces de expresar hostilidad en forma indirecta.

T 70-79 (16-18 natural) El rasgo prominente dentro de este grupo es la proyección de culpa y hostilidad; son personas rígidas, extremadamente sensibles, muy obstinadas difíciles para entenderse con ellos; mal interpretan y perciben inadecuadamente los estímulos sociales.

T 80 (19 natural) Si el perfil es válido, se presenta un cuadro patológico muy marcado, ya que presentan ideas de referencia de persecución, sentimientos de relaciones interpersonales inadecuadas.

Escala 7 Ft PSICASTENIA

T 45-49 (22-30 natural) Personas con capacidad adecuada para organizar trabajo, no presentan dudas en sus actitudes como tampoco preocupaciones indebidas.

T 60-74 (31-41 natural) El perfeccionismo, el orden, la responsabilidad, autocrítica, preocupaciones por los problemas

más insignificantes, es lo que esencialmente caracteriza a las personas dentro de este nivel. Se encuentran personas con ansiedad, indecisión y tensión.

T 75-84 (42-45 natural) Son religiosos en extremo, preocupados, moralistas, aprensivos, rígidos, meticulosos, insatisfechos con sus vidas y especialmente con sus relaciones interpersonales.

T 85 (46 natural) Se presenta un cuadro caracterizado por meditación, temores, posibilidad de obsesiones, compulsiones o fobias, sentimientos de culpa, ansiedad y tensión que imposibilita la vida rutinaria. Constante repetición de problemas y de soluciones posibles, exagerado uso de intelectualización, aislamiento y racionalización.

Escala B Es ESQUIZOFRENIA

T 21-44 (4-19 natural) Se observa interés en la gente y en asuntos prácticos. Son personas convencionalistas, aceptan la autoridad, tienen control de sí mismos y se observan que son poco imaginativos.

T 45-59 (20-28 natural) Las personas que presentan una combinación de intereses prácticos u teóricos ofrecen puntuaciones a este nivel.

T 60-74 (29-38 natural) Debe considerarse el perfil en su totalidad. En la parte inferior y en perfiles de neuróticos T 60; tienden hacia intereses abstractos y abandonan el interés

en las personas y en asuntos prácticos. No se puede apreciar adecuadamente en este nivel si se presenta un cuadro de alineación general o si existe psicosis o contenido psicótico. Cuando se presentan elevaciones moderadas en las escalas F, 4, 6 y 9, se puede pensar en un cuadro esquizoide.

T 74 (32 natural) Se observan pacientes caracterizados por Mentalidad esquizoide, también socialmente introvertidos, desordenes del pensamiento, este cuando hay una elevación arriba de T 80. Si la diferencia entre F y K excede a 12 T, puede tratarse de un perfil caracterizado por necesidad de ayuda.

Escala 9 Ma HIPOMANIA

T 21-44 (5-14 natural) Son típicos de personas mayores de 65 años, con poca energía vital y disminución de la actividad. Se observa tanto a personas de esta edad como a los jóvenes que ofrecen esa puntuación, apáticos, con disminución de sus impulsos vitales, indiferentes, lánguidos sin ninguna o poca motivación en la vida.

T 45-59 (15-20 natural) Se encuentran en personas normales es decir cuya actividad y energía es característica de personas sanas.

T 60-69 (21-24 natural) Se observan sujetos enérgicos, agradables, entusiastas, sociables, que tienen la particularidad de ser amables, de buen temperamento e

interesados en muchos aspectos de la vida.

T 70-85 (25-30 natural) La elevación de este nivel, existe la posibilidad de que se trate de una desadaptación hiperactiva con agitación marcada, irritabilidad y agresividad irracional ante la más mínima frustración.

T 85 (31 natural) Los pacientes con esta puntuación se distraen con facilidad, muestran una hiperactividad extrema, hablan y caminan en forma rápida, sus ideas son difusas, presentan sentimientos megalomaniacos, se creen exageradamente importantes.

Escala 0 Si INTROVERSION-EXTROVERSION

La puntuación natural es la misma para los dos sexos.

T 25-44 Personas afectuosas, sociales y amistosas. Por abajo de este nivel se observan personas que tienen tendencias a relacionarse superficialmente, y se caracterizan por la carencia de sinceridad en su vida social, es decir, se observa en ellas una gran necesidad de aprobación social y una intensa dependencia de la aceptación por parte del grupo al que pertenecen.

T 45-59 Personas normales, caracterizado por su capacidad para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria.

T 60-69 Personas bastante reservadas, difíciles de conocer, aparentemente tímidas en situaciones sociales que les

son extrañas. Las puntuaciones por arriba de T 64, se encuentran en personas realmente tímidas, aisladas y cohibidas.

T 70 hacia arriba. Son socialmente inadaptados, introvertidos, solos y ansiosos en sus relaciones sociales. Se preocupan en forma intensa y presentan carencia de confianza en sí mismos.

La confiabilidad según Cottle son:

L = .46	Hs = .81	Dp = .80	Pt = .90
Si = .93	F = .75	D = .66	Mf = .91
Es = .86	K = .76	Hi = .72	Pa = .56
Ma = .76			

(Citado en Hathaway y Mckinley. 1967; Nuffez, 1979).

AUTOESTIMA.

El instrumento se sometió a una análisis factorial, consta de 20 afirmaciones hacia sí mismo que se refiere a cualidades o defectos personales, seguridad al enfrentarse a otros, opiniones de otras personas acerca del sujeto, de dependencia, independencia y sentimientos generales hacia sí mismo. La escala es de tipo Likert, de tres opciones de respuesta, dando un peso de tres a la opción que manifiesta una autoestima alta, y uno a la opción que manifiesta una autoestima baja. El sistema de pesaje de las opciones fue arbitrario, ya que se ha encontrado una correlación de .99 entre el sistema más sencillo arbitrario, y el sistema de pesaje normalizado. (Likert, 1932).

Se procedió a calcular su consistencia interna con el alpha de Cronbach, con una muestra de $N = 138$ de los 418 casos, y se obtuvo un $\alpha = .79$ que con $gl = 118$ es significativa más allá de $p = 0.01$. Las dimensiones que comprende esta evaluación del self, son dos: una que se refiere a aspectos negativos, Factor I, otra que se refiere a aspectos positivos, Factor II. (Citado en Reidl, 1979).

2.13 PROCEDIMIENTO

Se acudió al lugar en donde se encontraba la población, se pidió autorización a la Directora del Plantel a la cual se le presentó la metodología para poder aplicar los instrumentos. Esta solicito que se les explicara a las maestras a grandes rasgos lo que se realizaría para obtener su cooperación, y utilizar el tiempo de sus actividades. Después de la explicación, en cada salón, se les pidió a las madres su participación para la resolución de los instrumentos, también se les dio una pequeña explicación del porque de la petición.

Los instrumentos se aplicaron en un salón de 2 por 4 cm., con una buena iluminación y ventilación, diez sillas y una mesa grande.

La aplicación se hizo en forma grupal, participando las madres de todos los grupos alternativamente. La duración de cada

instrumento, en el caso de autoestima fue de 10 min. y el M.M.P.I., fue interrumpido por falta de tiempo ya que algunas madres no comprendían algunas de las frases del mismo, otra variable fue su inasistencia por enfermedad de los niños.

El primer instrumento que se aplicó fue el de Autoestima, después de que las madres se instalaron y acomodaron, se les repartió el cuestionario, un lápiz y una goma. Se les dieron las siguientes instrucciones:

"Les voy a leer una serie de afirmaciones, quiero que escuchen atentamente y me digan si están de acuerdo, en desacuerdo o le son indiferentes cada una de las siguientes afirmaciones".

Conforme fueron terminando se les dio el siguiente cuestionario M.M.P.I. y se les pidió que esperaran para que se les leyeran las instrucciones a todas:

"En este folleto no debe usted escribir nada todas sus respuestas deben de ir anotadas en la hoja de respuesta que está aparte. Lea cuidadosamente todos los reactivos, cada uno tiene un número y es el mismo que aparece en las casillas correspondientes en la hoja de respuesta. Al leer debe pensar si lo que dice cada reactivo es cierto, o más o menos cierto, si es así, debe marcar en la casilla el círculo que aparece

frente a la letra C. Si es falsa o más o menos falsa, debe marcar en la casilla el círculo que aparece frente a la letra F. Trate de contestar todos los reactivos y sea lo más honestamente posible consigo mismo, si quiere cambiar una respuesta, borre completamente la respuesta anterior, ya que, si no lo hace se puede confundir la respuesta".

Al finalizar se les agradeció a las presentes su cooperación e interés por resolverlos.

2.14 ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

Para llevar a cabo el análisis Estadístico de Datos se utilizaron las medidas de tendencia central ya que son una forma útil de describir a un grupo para encontrar un número único que represente el promedio de ese conjunto de puntajes; las medidas de tendencia central que se estudian más aquí son; la moda y la media.

La moda: Para obtener la moda (MO), simplemente buscamos el puntaje o categoría que ocurre más frecuentemente en una distribución.

La mediana: (M) puede obtenerse sumando un conjunto de puntajes y dividiendo entre el número de éstos, por lo tanto será; la suma de un conjunto de puntajes dividido entre el número total

de puntajes del conjunto.

\bar{X} = la media, Σ = la sumatoria, X = puntajes no procesados en un conjunto de datos y N = el número total de puntajes en un conjunto.

FORMULA:

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X}{N}$$

Además de las medidas de tendencia central, se necesita un índice de cómo están diseminados los puntajes alrededor del centro de distribución, una medida de lo que se conoce comúnmente como dispersión o variabilidad, las más conocidas: el rango, la desviación media y la desviación estándar.

Para esta investigación se emplea la desviación estándar: que es como la raíz cuadrada de la media de las desviaciones de la media de una distribución elevadas al cuadrado. Simbolizada por D.E.:

σ = la desviación estándar, ΣX^2 = la suma de las desviaciones de la medida elevadas al cuadrado y N = el número total de puntajes.

FORMULA:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\Sigma X^2}{N}}$$

Se eleva al cuadrado las desviaciones reales de la media y sumárlas (ΣX^2), después se divide esta suma entre N para controlar el número de puntajes involucrados y obtener lo que se conoce como la media de estas desviaciones cuadráticas. Para regresar a la unidad de medición original, toma la raíz cuadrada de la media de las desviaciones elevadas al cuadrado.

La Desviación Estándar: representa la "variabilidad promedio" de una distribución, ya que mide el promedio de desviaciones de la media. También entran a escena los procedimientos de elevar al cuadrado y sacar la raíz cuadrada pero, principalmente, con el fin de eliminar los signos (-) y volver a la unidad de medición más cómoda, la unidad del puntaje no procesado. (Citado en Levin, 1979).

Después se utilizaron las técnicas paramétricas correlacionales más conocidas son: la prueba de correlación producto-momento de Pearson, ya que nos interesó analizar la relación que existe entre dos o más variables, para comprender que tan fuerte es la relación entre las variables X y Y; por lo tanto la (r) de Pearson se define como la media de los productos del puntaje Z para las variables X y Y.

$$r = \frac{\Sigma (Z_x * Z_y)}{N}$$

r = el coeficiente de correlación de Pearson

Z_x = el puntaje Z de un individuo en la variable x , igual a $\frac{x - \bar{x}}{S_x}$

Z_y = el puntaje Z de un individuo en la variable y , igual a $\frac{y - \bar{y}}{S_y}$

N = el número total de pares de puntajes X y Y .

Análisis de Varianza: Es una prueba estadística que mantiene el error alpha a un nivel constante, haciendo una decisión global única acerca de si existe una diferencia significativa entre las tres o más medias muestrales que se buscan comparar.

Para realizar un análisis de varianza, tratamos la variación total en un conjunto de puntajes como si se pudiera dividir en dos componentes: la distancia entre los puntajes crudos y su media de grupos, conocida como la variación dentro de los grupos y la distancia entre las medias de los grupos, conocida como variación entre los grupos.

La fórmula de la suma total de cuadrados:

$$S_c \text{ total} = \sum (X - \bar{X}_{\text{total}})^2$$

donde: X = un puntaje crudo en cualquier muestra, \bar{X}_{total} = la media total (la media de todos los puntajes crudos de todas las muestras combinadas), $S_c \text{ total}$ = la suma total de cuadrados.

La fórmula de la suma de cuadrados entre los grupos:

$$SC \text{ ent} = \left[\frac{\sum (E_i)^2}{N} - \frac{(E_{\text{total}})^2}{N \text{ total}} \right]$$

donde: N=el número total de puntajes en cualquier muestra,
Ntotal= el número total de puntajes en todas las muestras combinadas.

La fórmula de la suma de cuadrados dentro de los grupos puede servir como verificación de errores de cálculo:

$$SC \text{ dentro} = \sum [(X_i^2) - \frac{(E_i)^2}{N}]$$

donde: X=un puntaje crudo en cualquier muestra, N=el número total de puntajes en cualquier muestra.

Esta prueba origina una razón F cuyo numerador representa la variación entre los grupos y cuyo denominador contiene una estimación de la variación dentro de los grupos. Después de obtener una F significativa podemos determinar exactamente dónde están las diferencias significativas aplicando el método Tukey para la comparación múltiple de medias.

Por el método de Tukey comparamos la diferencia entre dos puntajes medios cualquiera con la DSH. Una diferencia entre medias es estadísticamente significativa sólo si es igual o mayor que la DSH. Por fórmula.

$$DSH = q \cdot \alpha \sqrt{\frac{MC_{dentro}}{n}}$$

donde: q = un valor de la tabla a un nivel de confianza dado para el número máximo de medias que estén comparando, MC = la media cuadrática dentro de los grupos (que se obtuvo del análisis de varianza) y n = el número de entrevistados en cada grupo (supone el mismo número en cada grupo).

CAPITULO 3

RESULTADOS

ANALISIS DE DATOS

Para el análisis de datos de la presente investigación se aplicó el paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS) que incluye un análisis descriptivo y un análisis inferencial.

En la primera parte se presentaron algunos datos mediante técnicas de estadística descriptiva, tales como medidas de tendencia central, distribución de frecuencias y medidas de dispersión.

En virtud de contar con un nivel de medición intervalar. En la segunda parte se expondrán los análisis interpretados sobre las referencias estadísticas para la comprobación de la hipótesis; para ello se empleará la prueba de correlación producto-momento de Pearson, para encontrar relaciones significativas en los puntajes de las escalas utilizando un nivel de significancia de .05.

Así mismo, se aplicó un análisis de varianza que permitió conocer las diferencias significativas en las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) y Autoestima por sexo, edad y nivel socioeconómico tanto por efectos principales como su interacción.

EDAD Se realizó una interpretación por edad la cuál fluctuó entre los 21 y 42 años. Encontrándose una media de 31.650 y una Desviación Standard de 5.478. Se observa que la edad más representativa de la población fue de 28 años.

(Ver Tabla I)

Tabla I. Distribución de edad en la muestra.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
21	1	1.7
22	2	3.3
23	2	3.3
25	2	3.3
26	4	6.7
27	4	6.7
28	6	10.0
29	3	5.0
30	3	5.0
31	1	1.7
32	4	6.7
33	6	10.0
34	5	8.3
35	2	3.3
36	2	3.3
37	2	3.3
38	4	6.7
39	2	3.3
41	2	3.3
42	3	5.0
	60	100

NIVEL SOCIOECONOMICO

Con respecto al nivel socioeconómico, se observa que el más representativo de la población fue el nivel bajo. (Ver Tabla II)

TABLA II Nivel Socioeconómico

NIVELES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	39	65.0
Medio	21	35.0
	60	100

ANALISIS INFERENCIAL

Consiste en poder hacer generalizaciones de varias características de alguna muestra de la población de la cuál fue extraída. La técnica paramétrica correlacional más conocida es la prueba de correlación producto-momento de Pearson. Como interesa analizar la relación que existe entre 2 o más variables, se utilizó aquella medida que permita comprender que tan fuerte es la relación entre ellas. Con la ayuda del coeficiente de Correlación de Pearson (r) se puede determinar la fuerza y la dirección de la relación entre las variables las cuales han sido medidas al nivel por intervalos. La (r) de

Pearson refleja hasta que punto cada miembro de la muestra obtiene el mismo puntaje sobre dos variables.

Como se mencionó, el análisis inferencial se obtuvo a través de la Correlación de Pearson, con el objetivo de conocer si había relación entre el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) y la Autoestima, encontrándose lo siguiente:

Correlación con Autoestima Baja

-Se ha observado que las madres que presentan una puntuación alta en la escala F de validez tienen autoestima baja, lo que indica que son inadecuadas, incompetentes y buscan la manera de evitar responsabilidades por lo que fingen estar enfermas.

-Para las madres que presentan una puntuación alta en la escala K de validez tienen autoestima baja, lo que indica, que utiliza mecanismos de defensa siendo más exageradas en su autodescripción y en la problemática que tengan.

-También se observó que las madres que presentan una puntuación alta en la escala Hs (Hipocondriasis) tienen autoestima baja lo que indica, que expresan constantemente sus conflictos psicológicos y emocionales que manifiestan con su salud física.

-Por otra parte las madres que presentan una puntuación alta en

la escala D (Depresión) tienen autoestima baja, lo que indica, que están insatisfechas con el medio y con ellas mismas, se preocupan demasiado, de temperamento nervioso, apáticas, aisladas y sumisas.

-Por otro lado las madres que presentan una puntuación alta en la escala PA (Paranoia) tienen autoestima baja lo que indica, que son difíciles de llegar a conocer realmente, tercas en su postura, sensibles en sus relaciones interpersonales y dadas a preocuparse por lo que puedan pensar o decir de ellas.

-En relación con las madres que presentan una puntuación alta en la escala PT (Psicastenia) tienen autoestima baja, lo que nos indica, que son sensitivas, emotivas, dadas a preocuparse demasiado y con una variedad de componentes neuróticos.

-Para las madres que presentan una puntuación alta en la escala ES (Esquizofrenia) tienen autoestima baja, lo que indica, que es una persona difícil en sus relaciones interpersonales, negativas, apáticas, extrañas y con poco talento social.

-Con las madres que presentan una puntuación alta en la escala SI (Introversión-Extroversión) tienen autoestima baja, lo que indica, que son apáticas, tímidas, inseguras, incapaces de hacer decisiones, con falta de confianza en sus propias

habilidades y no encuentran satisfacción y por lo tanto tampoco buscan contacto social, si no al contrario, se encuentran frustradas sus relaciones interpersonales.

-Las madres que tienen mayor edad presentan una autoestima baja, lo que indica que a mayor edad su autoestima se ve afectada y disminuye.

Correlación con Autoestima Alta.

-Se observó que las madres que presentan una puntuación baja en la escala de DP (Desviación Psicopática) tienen autoestima alta, lo que indica, que son personas de buen temperamento, persistentes y tienen metas adecuadas.

Correlación con la escala L de validez.

-Se observó que las madres que presentan la escala K de validez alta fueron más honestas al contestar los reactivos. Lo que nos indica que son emprendedores, ingeniosas, dinámicas, enérgicas, racionales, con muchas iniciativa, versátiles.

-En cuanto a las madres que presentan una puntuación baja en la escala FT (Psicastenia) son más francas. Esto nos indica que presentan menos reacciones fóbicas y obsesivo compulsivas al contestar los reactivos.

habilidades y no encuentran satisfacción y por lo tanto tampoco buscan contacto social, si no al contrario, se encuentran frustradas sus relaciones interpersonales.

-Las madres que tienen mayor edad presentan una autoestima baja, lo que indica que a mayor edad su autoestima se ve afectada y disminuye.

Correlación con Autoestima Alta.

-Se observó que las madres que presentan una puntuación baja en la escala de DP (Desviación Psicopática) tienen autoestima alta, lo que indica, que son personas de buen temperamento, persistentes y tienen metas adecuadas.

Correlación con la escala L de validez.

-Se observó que las madres que presentan la escala K de validez alta fueron más honestas al contestar los reactivos. Lo que nos indica que son emprendedores, ingeniosas, dinámicas, enérgicas, racionales, con muchas iniciativa, versátiles.

-En cuanto a las madres que presentan una puntuación baja en la escala PT (Psicostenia) son más francas. Esto nos indica que presentan menos reacciones fóbicas y obsesivo compulsivas al contestar los reactivos.

-Por otro lado para las madres que presentan una puntuación baja en la escala MA (Hipomanía) son más francas. Esto nos indica que presentan menos estados de ánimo con características maniaco depresivas al contestar los reactivos.

-En relación a la madres que tienen menos edad son más francas, lo que indica, que por ser más jóvenes fueron más honestas al contestar los reactivos.

Correlación con la escala F de validez.

-Para las madres que presentan la escala K de validez baja tuvieron más perturbaciones emocionales al contestar, lo que indica, que son desconfiadas, inhibidas, superficiales, sumisas ante figuras autoritarias y sus mecanismos de defensa son inadecuados.

-Con referencia a las madres que presentan una puntuación alta en la escala HS (Hipomanía) tienen más perturbaciones emocionales, lo que indica, que poseen más preocupaciones con su salud física.

-Con referencia a las madres que presentan una puntuación alta en la escala D (Depresión) tienen más perturbaciones

emocionales lo que indica, que aumentaron los estados emocionales como baja moral y tristeza.

-También se observó que las madres que presentan una puntuación alta en la escala DP (Desviación Psicopática) tienen más perturbaciones emocionales, lo que indica, que son más rebeldes, agresivas y egoístas.

-En las madres que presentaron una puntuación baja en la escala MF (Masculino-Femenino) tienen más perturbaciones emocionales, indicando que a menudo presentan pasividad masoquista, sumisas, restringidas y tienen lástima de sí mismas.

-Para las madres que presentaron una puntuación alta en la escala PA (Paranoia) tienen más perturbaciones emocionales, lo que indica, perfeccionismo, difíciles de llegar a conocer realmente, tercas en su postura y dadas a preocuparse por lo que otros puedan pensar de ellas.

-Por consiguiente a las madres que presentan una puntuación alta en PT (Psicastenia) tienen más perturbaciones emocionales, lo que indica, que son más sensitivas, emotivas, dadas a preocuparse demasiado y con una variedad de componentes neuróticos.

-Las madres que presentan una puntuación alta en la escala ES (Esquizofrenia) tienen más perturbaciones emocionales, lo que indica, que son difíciles en sus relaciones interpersonales, negativas, apáticas, extrañas y con poco talento social.

-Con las madres que presentan una puntuación alta en la escala MA (Hipomanía) tienen más perturbaciones emocionales, lo que indica, que son más optimistas, decididas, expansivas y no se encuentran atadas a las costumbres sociales que las rodea.

-Las madres que presentan una puntuación alta en la escala SI (Introversión-Extroversión) tienen más perturbaciones emocionales, lo que indica, que son apáticas, tímidas, inseguras, incapaces de hacer decisiones, rígidas, lentas y con falta de confianza en sus propias habilidades.

-Con relación a las madres que presentan menos edad tienen más perturbaciones emocionales, lo que indica, que por ser más jóvenes presentan más problemas emocionales.

Correlación con la escala K de validez.

-Se observó que las madres que presentan una puntuación baja en la escala D (Depresión) tienen más correcciones en las escalas clínicas, lo que indica, que son personas adaptables, prácticas, cooperadoras, razonables y sociables.

-Por lo tanto en madres que presentan una puntuación alta en la escala HI (Histeria) tienen más correcciones en las escalas clínicas, lo que indica, que son irritables, con molestias de las que se quejan con frecuencia, dependientes, amistosas y leales.

-En las madres que presentan una puntuación alta en la escala MF (Masculino-Femenino) tienen más correcciones en las escalas clínicas, lo que indica, que son más pasivas y dependientes, amantes del peligro, tienen mucha fortaleza física, se enfrentan adecuadamente a la vida, se relacionan con gran facilidad y dan apariencia de tranquilidad y estabilidad.

-Para las madres que presentan una puntuación baja en la escala PA (Paranoia) tienen más correcciones en las escalas clínicas, lo que indica, que son equilibradas, serias, maduras en su manera de enfrentar la vida, razonables, confiables e integrales.

-En relación a las madres que presentan una puntuación baja en la escala FT (Psicastenia) tienen más correcciones en las escalas clínicas, lo que indica, que muestran una actitud derrotista y defensiva.

-También se observó que las madres que presentan una puntuación baja en la escala ES (Esquizofrenia) tienen más correcciones en

las escalas clínicas, lo que indica, que son equilibradas, convencionales, responsables, conservadoras, amistosas y honestas.

-Por otra parte las madres que presentan una puntuación baja en la escala MA (Hipomanía) tienen más correcciones en las escalas clínicas, lo que indica, que son modestas, convencionales, aisladas y humildes.

-En relación a las madres que tienen una puntuación baja en la escala SI (Introversión-Extroversión) tienen más correcciones en las escalas clínicas, lo que indica, que son entusiastas, conversadoras, segura de sí misma y atrevida.

Correlación con la escala de HIPOCONDRIASIS (HS)

-En relación a las madres que presentan una puntuación alta en la escala D (Depresión) son más hipocondríacas, lo que indica, que sufren en su mayoría de algún malestar físico, de dolores constantes, de depresión, irritabilidad, timidez y aislamiento.

-También se observó que las madres que presentan una puntuación alta en la escala HI (Histeria) son más hipocondríacas, lo que indica, que son inseguras, necesitan de mucho afecto y atención, exigen simpatía, presentan relaciones interpersonales superficiales, con actitud infantil de que "me siento muy bien,

el mundo es maravilloso"; es decir, no tienen comprensión de sus problemas.

-Las madres que presentan una puntuación alta en la escala DF (Desviación Psicopática) son más hipocondríacas, lo que indica, una actitud de inconformidad hacia el ambiente que se explica, fundamentalmente, en función de las supuestas limitaciones (enfermedades) que tienen, se angustian y deprimen.

-Para las madres que presentan una puntuación alta en la escala NF (Masculino-Femenino) son más hipocondríacas, lo que indica, una orientación al sexo opuesto, además de conflictos psicológicos y emocionales que se canalizan con enfermedades somáticas.

-En madres que presentan una puntuación alta en la escala PA (Paranoia) son más hipocondríacas, lo que indica que sus relaciones interpersonales exigen demasiada atención y cuidado debido a sus malestares físicos, proyectando su agresión y rechazo a los demás y percibiéndolos como rechazantes y hostiles al sentirse, aquéllas débiles y enfermas.

-Se observó que las madres que presentan una puntuación alta en la escala PT (Psicastenia) son más hipocondríacas, lo que indica reacciones psicofisiológicas con una personalidad

angustiada pasivo-dependiente, cuando se observa regresión son incapaces de enfrentarse al stress y responsabilidades cotidianas, las relaciones interpersonales son inadecuadas e infantiles.

-Por otro lado para las madres que presentan una puntuación alta en la escala ES (Esquizofrenia) son más hipocondríacas, lo que indica, que son extremadamente inadecuadas en todas las áreas de su vida, presentan pensamiento confuso, afecto aplanado, aislamiento e ideas de referencia somática.

-Con relación a las madres que presentan una puntuación alta en la escala MA (Hipomanía) son más hipocondríacas lo que indica hostilidad, irritabilidad, pérdida del apetito y relaciones interpersonales violentas.

-Por otro parte las madres que presentan una puntuación alta en la escala SI (Introversión-Extroversión) son más hipocondríacas lo que indica una exagerada preocupación por su salud física o la presencia de alguna enfermedad.

Correlación con la escala de DEPRESION (D)

-Se observó que las madres que presentan una puntuación alta en la escala HI (Histeria) son más depresivas lo que indica que sean inadecuadas o inmaduras, tienen dificultades familiares,

no buscan ayuda y aparentemente toleran su situación inadecuada o inmadura funcionando a un nivel de poca eficiencia.

-Por otro lado para las madres que presentan una puntuación alta en la escala DP (Desviación Psicopática) son más depresivas lo que indica, inseguridad y los sentimientos de culpa y por otro lado las descargas impulsivas.

-En relación a las madres que presentan una puntuación alta en la escala PA (Paranoia) son más depresivas lo que indica resentimientos hacia los demás, a los que constantemente culpan de las propias limitaciones con lo que trata de hacerlas más tolerables para su autoestima, el principal mecanismo de defensa que utilizan es la proyección, la tolerancia a la frustración se encuentra sumamente reducida y manifiesta gran sensibilidad y temor a la crítica.

-Para las madres que presentan una puntuación alta en la escala PT (Psicastenia) son más depresivas lo que indica una neurosis de naturaleza ansiosa o depresiva, en su mayoría se sienten desesperadas, con sentimientos de inferioridad y de culpa.

-También se observó que las madres que presentaron una puntuación alta en la escala ES (Esquizofrenia) son más depresivas lo que indica personas poco sociables, desconfiadas,

tienden al aislamiento, depresión severa, angustia y pérdida de control.

-En las madres que presentan una puntuación alta en la escala SI (Introversión-Extroversión) son más depresivas lo que indica inseguridad de las propias metas y de los logros, tímidas y modestas en la valoración de sí mismas, aún cuando sean evidentes sus logros y éxitos, pesimistas y tienden a reconocer sólo los fracasos como parte de sí misma.

Correlación con la escala de HISTERIA (HI)

-Se observó que las madres que presentan una puntuación alta en la escala DP (Desviación Psicopática) son más histéricas lo que indica demostración de frustración por medio de berrinches, sensibilidad al rechazo o a la frustración de sus exigencias egocéntricas en relación a la necesidad de atención y aprobación temen perder el control, personalidad pasiva-agresiva, expresa hostilidad en forma indirecta en forma pasiva sin darse cuenta de lo que hace e inmaduras que expresan conformismo.

-Por otro lado para las madres que presentan una puntuación alta en la escala MF (Masculino-Femenino) son más histéricas lo que indica pasividad dependencia, controladas, indecisas, aisladas, indiferentes, sumisas y tímidas.

-En relación a las madres que tienen una puntuación alta en la escala PA (Paranoia) son más histéricas lo que indica demanda de afecto y reconocimiento en forma exagerada, es difícil gratificarla por completo y se muestra muy suspicaz y fácilmente resentida, se intensifica la tendencia a la manipulación social, con lo que encubre las expresiones abiertas de agresión y enojo, egocéntricas y narcisistas.

-Para las madres que presentan una puntuación alta en la escala PT (Psicastenia) son más histéricas lo que indica que la necesidad de aceptación y cariño al no ser satisfechas, genera mucha ansiedad, baja tolerancia a la frustración, infantiles falta de toma de decisión por lo que evaden sus responsabilidades y dependen de los demás.

-Con relación a las madres que presentan una puntuación alta en la escala ES (Esquizofrenia) son más histéricas lo que indica un síndrome depresivo, angustioso y perturbaciones somáticas, dificultades de insomnio, dependiente e inmadura.

Correlación con la escala de DESVIACION PSICOPATICA (DP)

-Se observó que las madres que presentan una puntuación baja en la escala MF (Masculino-Femenino) tienen más desviaciones psicopáticas lo que indica manifestaciones y actitudes no conformistas y de desafío, tendencias antisociales y agresivas,

pasivas emocionalmente, dependientes y se rebelan contra el rol femenino.

-Por otro lado para las madres que presentan una puntuación alta en la escala PA (Paranoia) tienen más desviaciones psicopáticas lo que indica el síndrome del sufrimiento psíquico (ansiedad, depresión y tensión), hostiles y resentidas, sus mecanismos de defensa son: proyección y manifestaciones hostiles, egoístas y dependientes y necesitan mucho afecto.

-En relación a las madres que presentan una puntuación alta en la escala PT (Psicastenia) tienen más desviaciones psicopáticas, lo que indica descargas de impulsos agresivos, destructivos y antisociales y posteriormente surge una fuerte sensación de angustia que le haga desear un mejor control de sí misma.

-Para las madres que presentan una puntuación alta en la escala ES (Esquizofrenia) tienen más desviaciones psicopáticas lo que indica aislamiento, se mantiene a distancia por temor a involucrarse, tiene poca inteligencia social, carece de empatía y se comunica con dificultad, son inseguras y buscan ansiosamente afectividad y atención, son dependientes, inestables y relativamente libres de síntomas excepto cuando se encuentran bajo stress.

-Con relación a las madres que presentan una puntuación alta en la escala MA (Hipomanía) tienen más desviaciones psicopáticas, lo que indica que son impulsivas, no piensan, no deliberan sus actos, egocéntricas, narcisistas, muy necesitadas de afecto y atención, tienen dificultades con el medio, necesidad de excitación y de estímulo, irresponsables.

Correlación con la escala MASCULINO-FEMENINO (MF)

-Se observó que las madres que presentan un puntaje bajo en la escala PA (Paranoia) son más femeninas lo que indica que son sensibles e idealistas, modestas y con un buen sentido común.

-Por otro lado para las madres que presentan una puntuación baja en la escala ES (Esquizofrenia) son más femeninas, lo que indica que son equilibradas, convencionales, responsables, conservadoras, amistosas y honestas.

-Con relación a las madres que presentan una puntuación baja en la escala MA (Hipomanía) son más femeninas, lo que indica que son prácticas, confiables, adaptables y ordenadas.

-También se observó que las madres que presentan una puntuación alta en la edad son más femeninas, lo que indica que a mayor edad se encuentran más adaptadas a su rol sexual, son coquetas y se arreglan.

Correlación con la escala PARANOIA (PA)

-Se observó que las madres que presentan una puntuación alta en la escala FT (Psicastenia) son más paranoicas lo que indica que son ansiosas debido a su hipersensibilidad y a su tendencia a interpretar de manera inadecuada los estímulos de ambiente, sus relaciones interpersonales son cautelosas, suspicaces y desconfiadas, en especial al enfrentarse a situaciones nuevas y la vivencia de la descarga de los impulsos agresivos y destructivos ocasionan ansiedad por el temor a la crítica y el rechazo abierto.

-Las madres que presentan una puntuación alta en la escala ES (Esquizofrenia) son más paranoicas lo que indica que son tímidas, aisladas y aplanadas de afecto, en ocasiones agresivas y tienen poca confianza en sí mismas.

-En las madres que presentan una puntuación alta en la escala MA (Hipomanía) son más paranoicas lo que indica que son tensas, ansiosas y reaccionan a la frustración con gran irritabilidad y excitación, en sus relaciones interpersonales muestran mucha hostilidad y típicamente reaccionan al ambiente con emotividad y con dificultad para pensar y concentrarse.

Correlación con la escala PSICASTENIA (PT)

-En relación a las madres que presentan una puntuación alta en

la escala ES (Esquizofrenia) son más psicasténicas lo que indica excesiva preocupación, sentimientos de inadecuación, de inferioridad y de inseguridad, son nerviosas y sus relaciones interpersonales carecen de compostura, no son estables y afectivas.

-Para las madres que presentan una puntuación alta en la escala MA (Hipomanía) son más psicasténicas lo que indica ansiedad y capacidad para controlar los impulsos.

-También se observó que las madres que presentan una puntuación alta en la escala SI (Introversión-Extroversión) son más psicasténicas lo que indica ansiedad con una actitud reflexiva y mayor probabilidad de éxito.

Correlación con la escala ESQUIZOFRENIA (ES)

-Con respecto a las madres que presentan una puntuación alta en la escala MA (Hipomanía) son más esquizofrenicas lo que indica desconfianza, fanfarsean, son temerosas de involucrarse emocionalmente y de allí su conducta de alejamiento de los demás.

-Por otro lado para las madres que presentan una puntuación alta en la escala SI (Introversión-Extroversión) son más esquizofrenicas lo que indica mayor contacto con la realidad en

las reflexiones que acompañan al retraimiento del medio social, sus relaciones interpersonales son algo limitadas lo que causa en la persona a refugiarse en las fantasías, sin confundir los límites entre ésta y la realidad.

Correlación con la escala HIPOMANÍA (NA)

-También se observó que las madres que presentan una puntuación baja en la escala SI (Introversión-Extroversión) son más hipomaniacas lo que indica que la persona intenta valorar sus actividades y sus logros después de la realización y el alcance de ambos. Es posible observar mayor acercamiento social y un nivel elevado de actividad.

Correlación con la escala INTROVERSION-EXTROVERSION (SI)

-Se observó que las madres que presentan una puntuación alta en la edad son más introvertidas-extrovertidas, lo que indica que por ser maduras tienden a ser más sociables, amables y conversadoras. (Ver Tabla III).

TABLA III. CORRELACION. * $p \leq 0.1$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.05$

	AB	AA	7	L	F	K	HS	D	H	DP	MF	PA	PT	ES	MA	SI	EDAD
AUTOESTIMAJA BAJA	0.1433																
FRASES OMITIDAS	0	0															
L DE VALIDEZ	0.1456	-0.0165	0														
F DE VALIDEZ	-0.4456**	-0.123	0	-0.1356													
K DE VALIDEZ	0.3522*	0.0195	0	**0.4431	**0.5806												
HIPOCONDRIASIS	-0.1855	-0.1152	0	-0.0853	0.2503	-0.0246											
DEPRESION	-0.2978	-0.1417	0	0.1009	*0.3568	-0.2814	**0.5036										
HISTERIA	-0.1072	-0.0874	0	0.0265	0.0995	0.2378	**0.772	**0.532									
DESVIACION PSICOPATICA	-0.1156	-0.1721	0	0.0236	*0.3446	0.1374	**0.5041	**0.43	**0.539								
MASCULINO-FEMENINO	0.0383	0.102	0	-0.0678	**0.442	0.217	0.1897	0.081	*0.323	-0.206							
PARANOIA	-0.3427*	0.0371	0	-0.0981	**0.6899	*-0.3659	0.2468	*0.317	0.257	*0.465	-0.253						
PSICASTENIA	-0.3855*	-0.1398	0	-0.2251	**0.6978	**0.4706	**0.4514	**0.505	0.284	**0.427	-0.075	**0.628					
ESQUIZOFRENIA	-0.4051**	-0.1406	0	-0.1345	*0.7554	**0.4352	**0.4259	*0.382	0.199	**0.478	-0.271	**0.643	*0.752				
HIPOMANIA	-0.1153	-0.0417	0	-0.3501	**0.4769	*-0.3639	0.1741	-0.035	-0.011	0.275	-0.255	**0.442	*0.574	0.604*			
INTRO-EXTROVERSION	-0.28	-0.1476	0	0.0404	**0.2073	-0.4443**	*0.3111*	0.595*	0.069	0.001	0.0567	0.046	0.23	0.191	-0.17		
EDAD	0.2545	-0.0702	0	-0.1515	-0.202	-0.0262	-0.0208	-0.101	0.001	0.011	0.2047	0.03	0.029	-0.075	0	0.1611	

ANALISIS DE VARIANZA

Es la prueba a la que con mayor frecuencia se recurre dentro de la estadística paramétrica, la cual puede ser utilizada para ver las diferencias entre las medias de dos o más muestras. Se utiliza generalmente para observar la relación entre una escala nominal (nivel socioeconómico) o una de orden mayor y una intervalar (autoestima).

Es una prueba que simplemente nos dirá si existen diferencias significativas entre los grupos que estamos comparando.

Con respecto a la investigación realizada y de acuerdo a los resultados obtenidos se encontraron diferencias significativas de ($F=4.959$ $p<.03$) en la escala F de validez con respecto a los niveles socioeconómicos encontrándose más perturbaciones emocionales en la clase baja ($M=9.74$) que en la clase media ($M=6.14$).

-En la escala K de validez con respecto a los niveles socioeconómicos se encontraron diferencias significativas de ($F=5.115$ $p<.02$) encontrándose más correcciones en las escalas clínicas en la clase media ($M=15.71$) que en la clase baja ($M=12.85$).

-Con respecto a la escala Hipocondriasis (HS) y los niveles socioeconómicos se encontraron diferencias marginales de ($F=3.329$ $p<.07$) encontrándose más hipocondriasis en la clase baja ($M=19.08$) que en la clase media ($M=16.29$).

-Para la escala Depresión (D) y los niveles socioeconómicos se encontraron diferencias significativas de ($F=3.968$ $p<.05$) encontrándose más depresión en la clase baja ($M=28.51$) que en la clase media ($M=25.62$).

-Por otro lado para la escala Desviación Psicopática (DP) y los niveles socioeconómicos se encontraron diferencias marginales de ($F=3.401$ $p<.07$) encontrándose más desviación psicopática en la clase baja ($M=23.87$) que en la clase media ($M=21.43$).

-En la relación a la escala Paranoia (PA) y los niveles socioeconómicos se encontraron diferencias significativas de ($F=3.954$ $p<.05$) encontrándose más paranoia en la clase baja ($M=12.49$) que en la clase media ($M=10.57$).

-Por otra parte en la escala Psicastenia (PT) y los niveles socioeconómicos se encontraron diferencias significativas de ($F=7.740$ $p<.007$) encontrándose más psicastenia en la clase baja ($M=32.18$) que en la clase media ($M=27.52$).

-No obstante para la escala Esquizofrenia (ES) y los niveles socioeconómicos se encontraron diferencias significativas ($F=7.249$ $p<.009$) encontrándose más esquizofrenia en la clase baja ($M=35.56$) que en la clase media ($M=28.90$).

-Con respecto a la autoestima pregunta nueve que se ubica en Autoestima positiva y los niveles socioeconómicos se encontraron diferencias significativas de ($F=3.818$ $p<.05$) encontrándose que la clase baja se siente mejor con lo que hace ($M=2.77$) que la clase media ($M=2.43$).

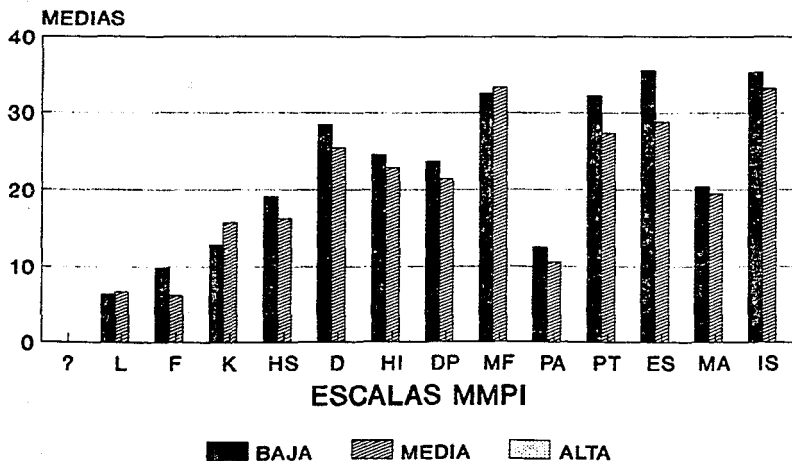
-No obstante en las escalas L de validez, Histeria (HI), Masculino-Femenino (MF), Hipomanía (MA), Introversión-Extroversión (SI), Autoestima pregunta 4, Autoestima pregunta 10, Autoestima pregunta 17 y Autoestima pregunta 20, no se encontraron diferencias significativas con respecto a los niveles socioeconómicos. (Ver Tabla IV)

TABLA IV Análisis de varianza para la Escala de Autoestima y
MMPI por Nivel Socioeconómico. * $p \leq .05$; ** $p \leq$ Marginal.

FACTORES	F	P
AUTOESTIMA BAJA	2.46	.12
AUTOESTIMA ALTA	1.11	.29
FRASES OMITIDAS	0.00	0.00
L DE VALIDEZ	.13	.71
F DE VALIDEZ	4.95	.03*
K DE VALIDEZ	5.11	.02*
HIPOCONDRIASIS	3.32	.07**
DEPRESION	3.96	.05*
HISTERIA	1.17	.28
DESVIACION PSICOPATICA	3.40	.07**
MASCULINO-FEMENINO	.74	.39
PARANOIA	3.95	.05*
PSICASTENIA	7.74	.007*
ESQUIZOFRENIA	7.24	.009*
HIPOMANIA	.48	.489
INTROVERSION-EXTROVERSION	2.77	.10
AUTOESTIMA PREGUNTA 4	.25	.61
AUTOESTIMA PREGUNTA 9	3.81	.05*
AUTOESTIMA PREGUNTA 10	.53	.46
AUTOESTIMA PREGUNTA 17	.27	.60
AUTOESTIMA PREGUNTA 20	.96	.33

PERFIL DE PERSONALIDAD

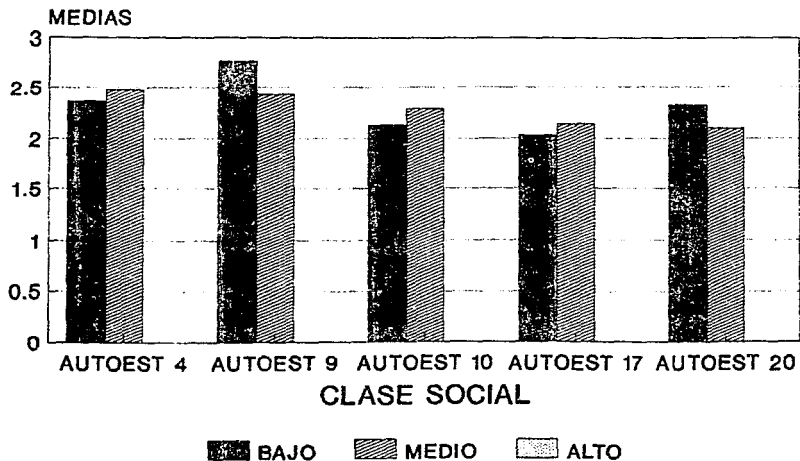
MEDIAS POR CLASE SOCIAL



MUESTRA TOTAL

AUTOESTIMA

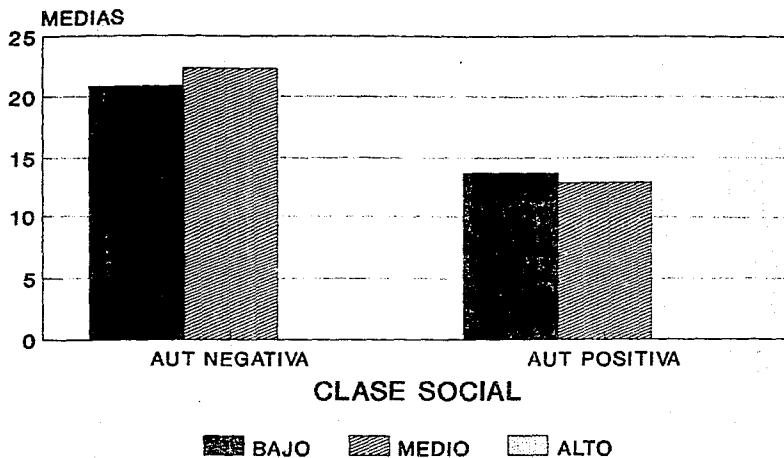
DIFERENCIAS NIVEL SOCIOECONOMICO



MUESTRA TOTAL (REACTIVOS SIGNIFICATIVOS)

AUTOESTIMA

DIFERENCIAS NIVEL SOCIOECONOMICO



MUESTRA TOTAL

CAPITULO 4

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En este estudio se aceptaron las siguientes hipótesis:

Existe correlación entre los rasgos de personalidad a través del MMPI y la autoestima en mujeres entre 20 y 45 años que tienen hijos con Parálisis Cerebral.

De las cuales dos alternas indican una correlación positiva entre los rasgos de personalidad y la autoestima dependiendo de la edad, y por otro lado, que a mayor nivel socioeconómico menor autoestima.

Lo anterior concuerda con los siguientes autores:

Lahey, Russo Walker y Fracentini (1989) quienes estudiaron a las madres de 100 pacientes externos, niños de edades de 6 a 13 años, diagnosticados con desordenes conductuales. Obteniendo puntajes significativos en las escalas asociadas con conductas antisociales (Desviación Psicopática e Hipomanía), conducta histriónica (Hipocondriasis e Histeria) y disturbios de ajuste (Esquizofrenia). En el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI.

Por otro lado, Smith, Burleigh, Sewell y Krisak (1984) administraron esta misma prueba a 34 hombres y 25 mujeres adolescentes y sus madres, mostrando similitudes y diferencias en igualdad y desigualdad de sexos siendo el modelo la relación madre-adolescente. Los resultados sugirieron que el mal ajuste

de los adolescentes pudo ser una función inadecuada de comunicación en el cual la familia y la necesidad de un modelo efectivo fue proporcionado por la madre.

En el presente estudio se encontró una autoestima baja, lo cual de acuerdo a Coopersmith (1967) encontró una relación entre la autoestima de las madres y la de sus hijos. Observo que las madres de sujetos con autoestima alta tienden a clasificarse a sí mismas más alto y son emocionalmente más estables que las madres de sujetos de autoestima baja; confían más en sus actitudes y acciones respecto a la maternidad y el cuidado de los hijos; son también más capaces de aceptar su papel de madres y llevarlo a cabo en forma realista y eficiente; son más amorosas y tienen relaciones estrechos con sus hijos. Las de autoestima baja son criadas bajo condiciones de rechazo, inseguridad y falta de respeto, llegando a creer que son importantes / sin recursos se sienten aislados, sin amor, incapaces de expresarse y defenderse y demasiado débiles para confrontar y sobrellevar sus deficiencias. Incapaces de realizar acciones, tienden a retirarse y ser completamente pasivas y complacientes sufriendo los síntomas de angustia y ansiedad. Reporto que la clase social esta relacionada con la autoestima.

Así, las personas de la clase social alta tienden a tener más alta autoestima que las personas de la clase media o clase baja. Lo anterior corrobora los datos de esta investigación.

Finnie (1976) señala que la madre se aflige someramente si da a luz a un niño "impedido" o lisiado. No es sorprendente que la madre tenga un sentimiento ambivalente con respecto a su hijo; es decir, que ha ratos sienta amor por él, como si fuera normal, por lo que presentan una autoestima baja, por lo tanto cree que deben soportar solas la tarea de cuidar al niño. La madre suele aceptar una carga mayor de la que le corresponde, como ocurrió con la muestra de este estudio.

William (1982) señala que las madres de niños incapacitados suelen preocuparles como satisfacer la responsabilidad que tienen con el niño perceptivamente en desventaja, se siente culpable a menudo por no poder dar a los niños normales tanto tiempo como el que otorgan al hijo incapacitado, lo cual explica en parte los resultados de este trabajo.

La Asociación Pro-Personas con Parálisis Cerebral (APAC, 1986). Mencionó que el significado de un niño varía notablemente de una madre a otra. Si el hijo nace limitado o deficiente, la discrepancia entre la imagen ideal y realidad se hace aún mayor. Un grave trastorno congénito en el hijo puede acabar con

este orgullo y cerrar definitivamente con la posibilidad de prolongar la línea familiar. Lo que les ocurre a los padres, cuando se les dice que su hijo recién nacido tiene un defecto. Los padres se hallan en una situación que les impone una serie de adaptaciones prácticas y psicológicas en múltiples direcciones.

Fringles y Fides (1972) "La experiencia muestra que el nacimiento de un hijo generalmente limitado producen en la familia una de las siguientes situaciones diametrales opuestas: o los padres superan la situación de un modo admirable y a veces heroico, y el niño crece casi igual que un niño normal. o la familia es incapaz de soportar la terrible tensión generada la madre se derrumba, el matrimonio vacila y el niño se ve totalmente rechazado o causa tensiones y disensiones que inevitablemente encontrará un reflejo en su propia inadaptación, lo cual indica, como los datos que se reportan en los resultados de este trabajo que la influencia de los Rasgos de Personalidad son significativos.

El que ella luche para mantener una buena imagen o para proveer una mala, dependerá de gran parte de cuanto ha podido asimilar de su experiencia vital para desarrollar su autoimagen actual. Mientras más experiencias hayan tenido con la vida, más

vigorosamente luchará para proteger la imagen que lo hace sentir más a gusto.

Sexton, Miller y Rotatori (1985) investigaron la relación entre padres e hijos relacionados con variables y porcentajes demográficos. Las variables significativas relacionadas para las madres y diagnosticadores fueron congruentes en la edad de los padres y el ingreso familiar. Algunas de esas variables como el sexo del niño fueron significativas para los padres y observadores.

Hanzlik y Stevenson (1986) observaron la interacción madre-hijo, por los contrastes indicaron que las madres de ambos grupos de desarrollo de niños incapacitados fueron más directas que las madres de los niños normales, relación que no se encontró en esta investigación.

De acuerdo con los resultado obtenidos los cuales indicaron que ciertos rasgos de personalidad influyen en la autoestima de las madres siendo está baja ya que algunas de las escalas presentaron puntuaciones altas como fueron:

Las escalas F, K de validex, Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es), Introversión-Extroversión (Si) y la Edad.

Las cuales afirmaron que las madres son incompetentes y buscan la manera de evitar responsabilidades, se fingen enfermas, utilizan sus mecanismos de defensa siendo más exageradas en su autodescripción y en la problemática que tengan, expresan sus conflictos, psicológicos y emocionales y lo manifiestan con sus salud física, están satisfechas con el medio y con ellas mismas se preocupan demasiado nerviosas, apáticas, aisladas, sumisas, sensibles y difíciles en sus relaciones interpersonales, tercas, dadas a preocuparse por él; que dirán, negativas, tímidas, inseguras, incapaces de tomar decisiones y con respecto a la edad al ser mayores su autoestima baja sintiéndose feas, menospreciadas y con el problema de su hijo limitado, esto se acrecienta aún más. Por lo que se concluye que la autoestima que se tenga y la que le da el medio ambiente a la mujer es determinante como parte importante a actitudes o conductas que adoptan dentro de este, para modificar o no ese valor que se le ha asignado como parte de un cambio social que le permitirá un mejor desenvolvimiento.

4.1 Alcances, Limitaciones y Sugerencias

La aportación que se hizo en esta investigación fue importante, ya que, es el único estudio que se ha realizado con éste tipo de población. Por lo que creo interesante, que por medio, de la investigación se hayan obtenido resultados positivos para facilitar la realización de un programa de apoyo y orientación a las madres.

Las limitaciones que se presentaron fueron el tiempo, ya que, las madres no asistieron regularmente por causas de enfermedad de los niños o de ellas. La población se tuvo que disminuir por la misma causa, es decir, al inicio de la investigación se había contemplado una población de 80 sujetos, la cual, al final del estudio se disminuyó a 60 sujetos.

Las madres presentaron un poco de resistencia al contestar el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) por lo tardado del mismo.

Se sugiere estudiar a esta población en tiempos favorables (en Verano) para contar con la asistencia de todas las madres. Dar un poco más de tiempo a las aplicaciones de los cuestionarios y sensibilizar a la población del Instrumento Multifásico de la Personalidad (MMPI) para que, disminuyan las resistencias.

Partiendo de éste estudio se pueden realizar un programa de apoyo y orientación y aplicarlo; se puede volver a retomar la investigación y ver que resultados se obtuvieron, es decir, saber si la autoestima se logro aumentar o no la autoestima.

se puede realizar otro estudio tomando la población de las madres y los adolescentes o adultos y medir que tanto ha influido la autoestima o los rasgos de Personalidad en el desarrollo de ellos.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

ADLER, A. (1927) Practice and theory of Individual Psychology. Harcourt. Brace y World. Nueva York. Citado en Cuelli, J. y Reidl, L. (1979) Teorías de la Personalidad. México, D.F. Trillas. Décima edición.

ADLER, A. (1931) The practice and theory of individual psychology. Nueva York. Harcourt.

ALLPORT, G. (1937) Psicología de la personalidad. Buenos Aires. Paidós.

ALLPORT, G. (1963) La personalidad su configuración y desarrollo. México, D.F. Trillas.

ALLPORT, G. (1965) Theories of Perception and the Concept of Structure. Wiley. Nueva York. citado en Cuelli, y Reidl, (1972) Teorías de la personalidad. México, D.F. Trillas.

ACKERMAN (1976) Citado en Asociación Pro-Personas con Parálisis Cerebral (1986) Prepararse para ser adulto, reacciones de los padres ante el nacimiento de un hijo limitado. Documento Confidencial de la Institución.

AMSTASI, A (1975) Psicología Diferencial. Madrid. Aguilar.

ASOCIACION PRO-PERSONAS CON PARALISIS CEREBRAL (AFAC, 1986)

Preparase para ser adultos, reacciones de los padres ante el nacimiento de un hijo limitado. Documento confidencial de la Institución.

ATKINSON, J (1958) Motivies in Fantasy: Action and Society. Van Nostrand. Nueva York. citado por Salazar, J (1979) Psicología Social. México, D.F. Trillas.

BARRERA, M y VELLA, D (1987) " Disabled and nondisabled infants interaction with their mothers". American Journal of Occupational Therapy. 41(3): 169-172.

BECKMAN, P (1983) "Influence of selected child characteristics on stress in families of handicapped infants". American Journal of Mental Deficiency. 88(2): 150-156.

BISCHOF, L (1975) Interpretación de las teorías de la personalidad. México, D.F. Trillas

BRACHFELD, (1970) Sentimientos de inferioridad. Barcelona. Biblioteca Universal.

CATTELL, R. (1950) Personality a systematic, theoretical and factual study. Nueva York. McGraw Hill. Citado en Geiwitz, J.

(1977) Teorías no Freudianas de la Personalidad. Madrid. Morova.

CATTELL, R. (1965) The scientific analysis of personality. Aldine Publishing Company. Chicago. Citado en Cuzli, J. y Reidl, L. (1979) Teorías de la Personalidad. México, D.F. Trillas. Décima edición.

CAMBELL, LEIB, VOLLMAN y GIBSON (1989) "Interaction pattern and developmental outcome of infants with severe asphyxia; A longitudinal study of the first years of life". Topic in Early Childhood Special Education. 9(1): 48-71.

CASTILLA DEL PINO, (1982) Cuatro ensayos sobre la mujer. Madrid. Alianza.

COHEN, W. (1958) Apparent movement of simple figures in the Ganzfeld. Percept, mot, skills 8(32). Citado en Whittaker, J. (1981) Introducción a la Psicología. México, D.F. Interamericana.

COOPERSMITH, S (1967) The antecedents of self esteem. San Francisco. Freeman and Co.

Cueli y Reidl, (1972) Teorías de la personalidad. México, D.F. Trillas. Décima reimpresión

DAHLSTROM, W y WELSH, G (1960) An MMPI Handbook: A Guide to Clinical Practice and Research. Minneapolis: University of Minnesota Press. citados en NUÑEZ, R (1979) Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Patología. México, D.F. El Manual Moderno.

DEUTSCH, M y KRAUSS, R (1974) . Teorías en Psicología Social. Buenos Aires. Paidós.

DIAZ, G.R. (1977) Estudios de Psicología del Mexicano. México, D.F. Trillas.

DIPROYE (1977); LEONARD y WEITZ (1976) "Estudio correlativo entre el MMPI y el Inventario de valores Hatnan (HVI) en un grupo de sujetos provenientes de una Institución Militarizada". Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología. México, D.F. Universidad del Valle de México.

DYER, W. (1978) Tus Zonas Erróneas. España. Grijalbo, S.A.

ELU DE LENERO, M.C. (COMPIL) (1975) La mujer en América Latina. Tomo I. México, D.F. Sepsetentas 211: 7-107.

ELLIS, D (1980) "Deverex foundation Devon P.A. The boundary organization of self-concept across, the through 18 year age span". Educational Psychological measurement. 1(40);9-17.

Citado en Banchfeld, O. (1970) Sentimientos de inferioridad. Buenos. Barcelona. Biblioteca Universal.

ERIKSON, E. (1966) Influencia y sociedad. Buenos aires. Hormé. Segunda Edición. Citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología social. 1(2);273-288.

FEDIMAN, J y FREDER, R (1976) Teorías de la personalidad. México, D.F. Haría.

FENICHEL, O (1966) Teoría Psicoanalítica de la Neurosis. Buenos Aires. Paidós.

FINNIE, R. (1976) Atención en el Hogar del niño con Parálisis Cerebral. México, D.F. La Prensa Medica Mexicana S.A.

FREUD, S (1923) Psicoanálisis del Niño. Buenos Aires. Imán.

FREUD, S. (1905) Three essays on the theory of sexuality. Nueva York. Standard Edition 7. Citado en Reidl, L (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología social. 1(2);273-288.

FROMM, E (1939) "Selfishness and self-love". Psychiatric. 2;507-529. Citado en BRACHFELD (1970) Sentimientos de inferioridad. Barcelona. Biblioteca Universal.

GARCIA-PELAYO, R y GROSS (1970) Diccionario Enciclopédico Larousse. México, D.F. Noguer.

GEIWITZ, J (1977) Teorías no Freudianas de la Personalidad. Madrid. Morova.

GERALD, F (1973) Fundamentos de la Psicología. México, D.F. Trillas.

GOMEZJARA, F.A. (1985) Sociología. México, D.F. Porrúa.

GOUGH, H. MCKEE, M. y YANDELL, R. (1955) "Adjective check list analyses of a number of selected psychometric and assessment variables officer". Education Research Laboratory Technical Memorandum. OERL-TM-55-10. Citado en Nuñez, R. (1979) Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. México, D.F. El Manual Moderno.

HALL, C y LINDZEY, G (1965) Theories of Personality. Wiley, Londres.; McCLELLAND, D (1967) Personality. Holt. Rinehart y Winston, Inc. Nueva York.; ALLPORT (1965) Theories of

Perception and the Concept of structure. Wiley. Nueva York.
Citados en Cueli y Reidl, (1972) Teorías de la Personalidad.
México, D.F. Trillas.

HANZLIK, J y STEVENSON, M (1986) "Interaction of mothers with
their infants who are mentally retarded, retarded with
cerebral palsy or nonretarded". American Journal of Mental
Deficiency. 90(5): 513-520.

HATHAWAY, S. (1939) "The Personality Inventory as an Aid in the
diagnosis of Psychopathic Inferiors". Journal of consul
Psychol. 3(4). Citado en Nuñez, R. (1979) Aplicación del
Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la
Patología. México, D.F. El Manual Moderno.

HATHAWAY, S. y McKINLEY, J. (1940) "A multiphasic personality
schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule". Journal
of Psychology. 10; 249- 254. Citados en Nuñez, R.
(1979) Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad
(MMPI) a la Psicopatología. México, D.F. El Manual Moderno.

HATHAWAY, S. y McKINLEY, J. (1944) "The Minnesota Multiphasic
Personality Inventory, Hysteria, Hypomania and Psychopathic
Deviate". Journal of Applied Psychol. 8(2). Citado en Nuñez, R.
(1979) aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad

MMEI) a la Psicopatología. México, D.F. El Manual Moderno.

HATHAWAY, S. y MCKINLEY, J. (1981) Inventario Multifásico de la Personalidad MMEI. México, D.F. El Manual Moderno.

HATHAWAY, S. y MEEHL, P. (1951) An Atlas for the clinical use of the MMEI Minneapolis. The University of Minnesota Press. Citado en Nuñez, R. (1979) Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMEI) a la Patología. México, D.F. El Manual Moderno.

HILGARD, E (1962) Introduction to Psychology. Harcourt. Brace & World. Inc. Nueva York. Tercera Edición. citado en Cueli y Reidl, (1972) Teorías de la personalidad. México, D.F. Trillas.

HIPPEL, V. (1928) citado en Branchfeld, O (1970) Sentimientos de Inferioridad. Barcelona. Biblioteca Universal.

HORNEY, K (1937) Neurotic Personality of our Times. Norton, Nueva York. Citado en Cueli y Reidl, (1972) Teorías de la Personalidad. México, D.F. Trillas.

HORNEY, K. (1950) Neuroses and human growth. Nueva York Norton. Citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la

autoestima de mujeres del sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología social. 1(2);273-288.

HOROWITZ, E. (1935) "Spatial localization of the self". Journal of social Psychology. 6;379-387. Citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social 1(2);273-288.

JACKSON, D. y FAUNOMEN, S. (1980) Personality structure and assessment. En Rosenzweig, M.R. Porter L.W (eds) An Research of Psychol; 503-551. Citado en Ofiate, M. (1986) El autorconcepto. España. Norcea.

JAMES, W. (1890) The principles of Psychology. Nueva York. Holt. Citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1(2);273-288.

JANIS, I. (1954) "Personality correlates of susceptibility to persuasion". Journal of Personality. 22;504-518. Citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1(2);273-288.

KELLEY, R. (1955) The Psychology of Personal Constructs. Norton. Nueva York.; PIAGET, J. (1960) citados en Cueli y Reidl, (1972) Teorías de la personalidad. México, D.F. Trillas.

KERLINGER, M. (1975) Investigación del comportamiento Técnicas y Metodología. México, D.F. Interamericana.

KIMBLE y HELMREICH (1972); SILVERMAN (1984); HENDRICK Y PAGE (1970) citados en McFarlin, D.B. y Bascovich, J. (1981) "Effects of the self esteem and performance feedback on future affective preferences and cognitive expectation". Journal of Consulting and Social Psychology. 40(3): 521-531.

LAHEY, RUSSO, WALKER y PRACENTINI (1989) "Personality characteristics of the mothers of children with disruptive behavior disorders". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 57(4): 512-515.

LAWSON et al (1979) y WYLIE (1961, 1968, 1974, 1979) citados en O'Hate, M.F. (1989) El Autoconcepto. España. Norcea.

LEVIN, J. (1979) Fundamentos de Estadística. México, D.F. Harla.

LIKERT, R. (1932) "A technique for the measurement of attitudes". Archives of Psychology. 140. Citado en Reidl, L.

(1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1(2);273-288.

LINDGREN, H. (1972) Introducción a la Psicología Social. México, D.F. Trillas. Citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1(2);273-288.

MARTINEZ, B. (1980) Causas del Fracaso escolar y técnicas para afrontarlo. Madrid. Norcea. Citados en Offate, M.P. (1989) El Autoconcepto. España. Norcea.

MARTINEZ, C. y MONTANE, J. (1981) Estudio comparativo entre los factores básicos de la Personalidad Cattell y la escala de autoestima de Coppersmith. Reunión internacional de Psicología Científica. Alicante. Febrero. Citados en Offate, M.P. (1989) El Autoconcepto. España. Norcea.

McCLELLAND, (1967) Personality Holt. Rinehart y Winston. Inc. Nueva York. citado en Cueli y Reidl, (1972) Teorías de la Personalidad. México, D.F. Trillas.

McFARLIN, D.B. y BLASCOVICH, J (1981) "Effects of self esteem and performance feedback on future affective preferences

PICK, S. y LOPEZ, A (1979) Como Investigar en Ciencias Sociales. México, D.F. Trillas.

FRINGLES y FIDES (1972) Citado en APAC (1986) Prepararse para ser adultos, reacciones de los padres ante el nacimiento de un hijo limitado. Documento Confidencial de la Institución.

REIDL, (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1(2): 273-288.

REIK, T (1966) Diferencias Emocionales entre Sexo. Buenos Aires Horne.

RIVERA, O (1991) Interpretación del MMPI en Psicología Clínica, Laboral y Educativa. Barcelona. Biblioteca Universal.

ROGERS, K y DYMOND (1954) citados en Brachfeld (1970) Sentimientos de inferioridad. Barcelona. Biblioteca Universal.

ROGERS, C. (1972) Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires. Paidós. Citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología social. 1(2);273-288.

Psicología, Pedagogía y Filosofía. 1(4);51-69. Tarragona.
Citados en Ofiate, M.F. (1989) El Autoconcepto. España. Norcea.

NATSUOLAS, T. y DUBANOSKI, R. (1964) "Inferring the locus and orientation of the perceiver from responses to the skin". American Journal of Psychology. 77;283-285. Citado en Reidl, L (1981) Estructura factorial de la autoestima en mujeres del sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1(2);273-288.

NEWCOMB, T. (1964) Manual de Psicología Social. Buenos aires. Universitaria. Tomo II; 468-472. Citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología social. 1(2);273-288.

NUÑEZ, R (1979) Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. México, D.F. El Manual Moderno.

O'MALLEY, F. y BACHMAN, J. (1983) "Self-esteem, change and stability between ages band 23 ". Developmental Psychology. 19(2);257-268. Citado en Ofiate, M. (1986) El autoconcepto. España. Norcea

and cognitive expectations". Journal of Personality and Social Psychology. 40(3): 521-531.

MEAD, G. (1934) Mind self and society. University of Chicago Press. Trad. cast. espíritu persona y sociedad. Buenos Aires. Paidós.

MISRA, S (1970) "The effects of instability in self-evaluation upon conformity and affiliation". Dissertation Abstracts International. 30(110);5066-5067. citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1(2): 273-288.

MUGIZ, C. (1992) "Estudios comparativos entre el Perfil de Personalidad esperado por una Institución Educativa de Nivel Superior y el obtenido por el MMPI". Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología. México, D.F. Universidad del Valle de México.

MUSITU, G. (1985) citado en Oñate, M.P (1989) El Autoconcepto. España. Norcea.

MUSITU, G. y ROMAN, J. (1982) "Autoconcepto una introducción a esta variable intermedia". Universitas Tarraconesi. Revista de

por una Institución Educativa de Nivel superior y el obtenido por el MMPI". Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología. México, D.F. Universidad del Valle de México.

SHERIF, M. y SHERIF, C. (1975) Psicología Social. México, D.F. Harla.

SHERIFF, H. (1966) The psychology of social norms. Nueva York. Harper and Row. Citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1(2);273-288.

SHONTZ, F. (1965) Research Methods in Personality. Appleton-Century Crofts. Nueva York. citado en Cueli y Reidl, (1972) Teorías de la Personalidad. México, D.F. Trillas.

SIIFOLN, E. (1935) "A study of some effects of preparatory set". Psychological Monographs. 46(210). Citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1(2);273-288.

SMITH, P. DORLEIGH, R. SEWELL, W. y KRISAK, J. (1984) "Correlation between the Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles of emotionally disturbed adolescents and their

mothers". Adolescence 19(3): 31-38.

SPITZ, R (1972) Primer año de vida del niño. México, I.F. Fondo de Cultura Económica.

STERN, W (1923) Die menschliche Personlichkeit. Citado en ALLPORT, G. (1937) Psicología de la Personalidad. Buenos Aires. Paidós.

SULLIVAN, H (1953) The Interpersonal Theory of Psychiatry. Norton, Nueva York. Citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1(2);273-288.

WHITTAKER, J (1981) Introducción a la Psicología. México, D.F. Interamericana. 461-462.

WILLIAM, C. (1982) El niño con Daño Cerebral. En la sociedad, en el Hogar y en la Comunidad. México, D.F. Trillas.

WISHIK, S (1955) Como ayudar a su hijo Impedido. Nueva York. Sociedad Internacional para bienestar de los Impedidos.

WITKIN, H. LEWIS, H. HERTZMAN, N. MACHOVER, K. MEISSNER, P. y WAPNER, S. (1954) Personality through perception. Nueva York.

Harper. Citado en Reidl, L. (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1(2);273-288.

WYLIE, R (1961) The Self-concept. Lincoln: University of Nebraska. Press. citado en Reidl, (1981) "Estructura factorial de la autoestima de mujeres del Sur del D.F.". Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1(2): 273-288.

ANEXOS

ROGERS, C. y DYMOND, R. (1954) Psychotherapy and personality change. Chicago University. Chicago Press. Citado en Geiwitz, J. (1977) teorías no freudianas de la personalidad. Harill. Morova.

ROSENBERG, M. (1975) La autoestima del Adolescente y la Sociedad. Buenos Aires. Paidós.

SALAZAR, J. (1979) Psicología Social. México, D.F. Trillas.

SARASON, I. (1966) Personality: An Objective Approach. Wiley. Nueva York. citado en Cueli y Reidl, (1972) Teorías de la Personalidad. México, D.F. Trillas.

SATIR, V. (1978) Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México, D.F. Pax.

SECORD, P. y BLAKMAN, C. (1979) Psicología Social. México, D.F. McGraw Hill.

SEXTON, D., MILLER, J. y ROTATORIO, A. (1985) "Determinants of professional parental agreement for the developmental status of young handicapped children". Journal of Psychoeducational Assessment. 3(4): 377-390.

SCHLENKER, SORACI y MCCARTHY (1976) citados en Muñiz (1992) "Estudios Comparativos entre el Perfil de Personalidad esperado

13. Casi nunca estoy triste.

D N A

1 2 3

14. Es muy difícil ser uno mismo.

A N D

1 2 3

15. Es fácil que yo le caiga bien a la gente.

D N A

1 2 3

16. A veces desearía ser más joven.

A N D

1 2 3

17. Por lo general, la gente me hace caso cuando le aconsejo.

D N A

1 2 3

18. Siempre tiene que haber alguien que me diga qué hacer.

A N D

1 2 3

19. Con frecuencia desearía ser otra persona.

A N D

1 2 3

20. Me siento bastante segura de mí misma.

A N D

3 2 1

5. En realidad no me gusto a mí misma.

A N D

1 2 3

6. Rara vez me siento culpable de cosas que he hecho.

D N A

1 2 3

7. Creo que la gente tiene buena opinión de mí.

A N D

3 2 1

8. Soy bastante feliz.

A N D

3 2 1

9. Me siento orgullosa de lo que hago.

A N D

3 2 1

10. Poca gente me hace caso.

A N D

1 2 3

11. Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiera.

D N A

3 2 1

12. Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente.

A N D

1 2 3

ANEXO I

ESCALA DE AUTOESTIMA

NOMBRE _____ EDAD _____

INSTRUCCIONES: Le voy a leer una serie de afirmaciones; quiero que escuche atentamente y me diga si está Usted de acuerdo, en desacuerdo , o le es indiferente cada una de las siguientes afirmaciones.

1. Soy una persona con muchas cualidades.

A N D

3 2 1

2. Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo.

A N D

3 2 1

3. Con frecuencia me avergüenzo de mí misma.

A N D

1 2 3

4. Casi siempre me siento segura de lo que pienso.

D N A

1 2 3

NO HAGA MARCA ALGUNA EN ESTE FOLLETO

1. Me gustan las revistas de mecánica.
2. Tengo buen apetito.
3. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.
4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
5. El ruido me despierta fácilmente.
6. Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.
7. Por lo general mis manos y mis pies están suficientemente calientes.
8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
10. Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.
11. Una persona debiera tratar de comprender sus sueños, guiarse por ellos o tenerlos en cuenta como avisos.
12. Me gustan los cuentos detectivescos o de misterio.
13. Trabajo bajo una tensión muy grande.
14. Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente.
15. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
16. Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.
17. Mi padre fue un buen hombre.
18. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
19. Cuando acepto un nuevo empleo me gusta que me indiquen a quién debo halagar.
20. Mi vida sexual es satisfactoria.
21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
22. A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.
23. Sufro de ataques de náusea y de vómito.
24. Nadie parece comprenderme.
25. Me gustaria ser cantante.
26. Creo que es mucho mejor quedarme callado cuando estoy en dificultades.
27. Los espíritus malos se poseionan de mí a veces.
28. Cuando alguien me hace un mal sientto que debiera pagarle con la misma moneda, si es que puedo, como cuestión de principio.
29. Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana.
30. A veces siento deseos de maldecir.
31. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.
32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
33. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
34. Tengo tos la mayor parte del tiempo.
35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
36. Raras veces me preocupo por mi salud.
37. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
38. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
39. A veces siento deseos de destruir cosas.
40. La mayor parte del tiempo preferiría soñar despierto antes que hacer cualquier otra cosa.
41. He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.

PASE LA PAGINA

42. A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida).
43. Mi sueño es irregular e intranquilo.
44. La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza.
45. No siempre digo la verdad.
46. Mi habilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora.
47. Una vez a la semana o más a menudo, me siento repentinamente caliente en todo el cuerpo, sin causa aparente.
48. Cuando estoy con gente me molesta el oír cosas muy extrañas.
49. Sería mejor si casi todas las leyes fueran descartadas.
50. Mi alma a veces abandona mi cuerpo.
51. Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos.
52. Prefiero hacerme el desentendido con amigos de la escuela, o con personas conocidas a quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
53. Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted.
54. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
55. Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho.
56. Cuando muchacho(a) me suspendieron de la escuela una o más veces por hacer travesuras.
57. Soy una persona sociable.
58. Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron.
59. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.
60. No leo todos los editoriales del periódico diariamente.
61. No he vivido la vida con rectitud.
62. Con frecuencia siento como un ardor, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.
63. No he tenido dificultad en comenzar o detener el acto de defecación.
64. Algunas veces persisto en una cosa hasta que los otros pierden la paciencia conmigo.
65. Yo quise a mi padre.
66. Veo cosas, animales o gente a mi alrededor que otros no ven.
67. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
68. Muy raras veces siento dolor en la nuca.
69. Me siento fuertemente atraído por personas de mi propio sexo.
70. Me gustaba jugar a las prendas.
71. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se conuecan de ellos y les ayuden.
72. Sufro de malestares en la boca del estómago varias veces a la semana o con más frecuencia.
73. Soy una persona importante.
74. A menudo he deseado ser mujer. (O si Ud. es mujer) Nunca me ha pesado ser mujer.
75. Algunas veces me enojo.
76. La mayor parte del tiempo me siento triste.
77. Me gusta leer novelas de amor.
78. Me gusta la poesía.
79. Mis sentimientos no son heridos con facilidad.
80. De vez en cuando mortifico a los animales.
81. Creo que me gustaría trabajar como guardabosque.
82. Soy vencido fácilmente en una discusión.

83. Cualquier persona capacitada y dispuesta a trabajar fuerte tiene buenas posibilidades de obtener éxito.
84. En estos días me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.
85. Algunas veces me siento tan atraído por artículos personales de otros, como calzado, guantes, etc., que quiero tocarlos o robarlos aunque no haga uso de ellos.
86. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
87. Me gustaría ser florista.
88. Generalmente siento que la vida vale la pena.
89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
90. De vez en cuando dejo para mañana lo que debiera hacer hoy.
91. No me molesta que se burlen de mí.
92. Me gustaría ser enfermero (o enfermera).
93. Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.
94. Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).
95. Voy a la iglesia casi todas las semanas.
96. Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia.
97. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso.
98. Creo en la segunda venida de Cristo.
99. Me gusta ir a fiestas y a otras reuniones donde haya mucha alegría y ruido.
100. He encontrado problemas tan llenos de posibilidades que me ha sido imposible llegar a una decisión.
101. Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
102. Mis luchas más difíciles son conmigo mismo.
103. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o contracciones musculares.
104. No parece importarme lo que me pase.
105. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy malhumorado.
106. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo malo o diabólico.
107. Casi siempre soy feliz.
108. Parece que mi cabeza o mi nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo.
109. Algunas personas son tan dominantes que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
110. Alguien me tiene mala voluntad.
111. Nunca he hecho algo peligroso sólo por el gusto de hacerlo.
112. Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo que es justo.
113. Creo que la ley debe hacerse cumplir.
114. A menudo siento como si tuviera una banda apretándome la cabeza.
115. Creo en otra vida después de ésta.
116. Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.
117. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
118. En la escuela me llevaron ante el director algunas veces por hacer travesuras.
119. Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más ligero, ni más despacio, ni balbuciente; ni ronca).
120. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer fuera en compañía de otros.
121. Creo que están conspirando contra mí.
122. Me parece que soy tan capacitado e inteligente como la mayor parte de los que me rodean.

123. Creo que me están siguiendo.
124. La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.
125. Sufro mucho de trastornos estomacales.
126. Me gustan las artes dramáticas.
127. Yo sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.
128. El ver sangre no me asusta ni me enferra.
129. A menudo no puedo comprender por qué he estado tan irritabile y malhumorado.
130. Nunca he vomitado o escupido sangre.
131. No me preocupa contraer enfermedades.
132. Me gusta recoger flores o cultivar plantas decorativas.
133. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.
134. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresar en palabras.
135. Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
136. Generalmente pienso que segunda intención pueda tener otra persona cuando me hace un favor.
137. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la de la mayor parte de la gente que conozco.
138. La crítica o el regaño me hiere profundamente.
139. Algunas veces siento el impulso de herirme o de herir a otros.
140. Me gusta cocinar.
141. Mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean.
142. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.
143. Cuando niño pertenecía a un grupo o pandilla que trataba de mantenerse unido a toda prueba.
144. Me gustaría ser soldado.
145. A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien.
146. Me siento impulsado hacia la vida errante y nunca me siento feliz a menos que esté viajando de un lado a otro.
147. Muchas veces he perdido una oportunidad porque no he podido decidirme a tiempo.
148. Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante.
149. Acostumbraba llevar un diario de mi vida.
150. Prefiero ganar a perder en un juego.
151. Alguien ha estado tratando de envenenarme.
152. Casi todas las noches puedo dormirme sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.
153. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.
154. Nunca he tenido un ataque o convulsiones.
155. No estoy perdiendo ni ganando peso.
156. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.
157. Creo que frecuentemente he sido castigado sin motivo.
158. Llora con facilidad.
159. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
160. Nunca me he sentido mejor que ahora.
161. A veces siento adolorida la parte superior de la cabeza.
162. Me mortifica que una persona me tome el pelo tan hábilmente que tenga que admitir que me engañaron.
163. No me canso con facilidad.
164. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.

165. Me gusta conocer gente de importancia porque eso me hace sentir importante.
166. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
167. No me sentiría nervioso si algún familiar mío tuviera dificultades con la justicia.
168. Mi mente no está muy bien.
169. No tengo miedo de manejar dinero.
170. No me preocupa lo que otros piensen de mí.
171. Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión aun cuando otros están haciendo lo mismo.
172. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.
173. Me gustaba la escuela.
174. Nunca me he desmayado.
175. Rara vez o nunca he tenido mareos.
176. No le tengo mucho miedo a las serpientes.
177. Mi madre fue una buena mujer.
178. Mi memoria parece ser buena.
179. Me preocupan las cuestiones sexuales.
180. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.
181. Cuando me siento aburrido me gusta provocar algo emocionante.
182. Tengo miedo de perder el juicio.
183. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
184. Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen.
185. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas.
186. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.
187. Nunca se me han puesto las manos torpes o poco hábiles.
188. Puedo leer por un largo rato sin que se me cansen los ojos.
189. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
190. Muy pocas veces me duele la cabeza.
191. Algunas veces, cuando estoy avergonzado, empiero a sudar, lo que me molesta muchísimo.
192. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
193. No me dan ataques de alergia o asma.
194. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos o el habla pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
195. No me agradan todas las personas que conozco.
196. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
197. Alguien ha estado tratando de robarme.
198. Muy pocas veces sueño despierto.
199. Se debe enseñar a los niños la información básica sobre la vida sexual.
200. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.
201. Desearía no ser tan tímido.
202. Creo que estoy condenado o que no tengo salvación.
203. Si yo fuera periodista me gustaría mucho escribir noticias de teatro.
204. Me gustaría ser periodista.
205. A veces me ha sido imposible evitar el robar o llevarme algo de una tienda.
206. Soy muy religioso (más que la mayoría de la gente).
207. Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.
208. Me gusta coquetear.
209. Creo que mis pecados son imperdonables.
210. Todo me sabe igual.

211. Puedo dormir de día pero no de noche.
212. Mi familia me trata más como niño que como adulto.
213. Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las líneas de las aceras.
214. Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan preocupado.
215. He bebido alcohol con exceso.
216. Hay muy poca compañerismo y cariño en mi familia en comparación con otros hogares.
217. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.
218. No me molesta mucho el ver sufrir a los animales.
219. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
220. Yo quise a mi madre.
221. Me gusta la ciencia.
222. No encuentro difícil el pedir ayuda a mis amigos aun cuando no pueda devolverles el favor.
223. Me gusta mucho cazar.
224. Con frecuencia mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbraba salir.
225. A veces murmura o chisneo un poco de la gente.
226. Algunos de mis familiares tienen hábitos que me molestan y perturban mucho.
227. Me han dicho que camino dormido.
228. A veces creo que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
229. Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.
230. Raras veces noto los latidos de mi corazón, y muy pocas veces me siento corto de respiración.
231. Me gusta hablar sobre temas sexuales.
232. He sido educado en un modo de vida basado en el deber, el cual he seguido desde entonces con sumo cuidado.
233. Algunas veces he sido un obstáculo a personas que querían hacer algo, no porque eso fuera de mucha importancia, sino por cuestión de principio.
234. Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto.
235. He sido bastante independiente y libre de la disciplina familiar.
236. Me preocupo mucho.
237. Casi todos mis parientes congenian conmigo.
238. Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.
239. He sufrido un desengaño amoroso.
240. Nunca me preocupo por mi aspecto.
241. Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantenerlas en secreto.
242. Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas.
243. Sufro de pocos o ninguna clase de dolor.
244. Mi modo de hacer las cosas tiende a ser mal interpretado por otros.
245. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.
246. Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.
247. Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia.
248. Algunas veces sin razón alguna o aun cuando las cosas no me están saliendo bien me siento muy alegre, "como si viviera en las nubes".
249. Creo que existe el diablo y el infierno.
250. No culpo a nadie de tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
251. He tenido trances en los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
252. A nadie le importa mucho lo que le suceda a usted.
253. Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas.

254. Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas los unos a los otros.
255. En las elecciones algunas veces voto por candidatos acerca de quienes conozco muy poco.
256. La única parte interesante del periódico es la página cómica.
257. Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago.
258. Creo que hay un Dios.
259. Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.
260. En la escuela fui lento en aprender.
261. Si fuera artista me gustaría pintar flores.
262. No me molesta el no ser mejor parecido.
263. Sudó con facilidad aun en días fríos.
264. Tengo entera confianza en mí mismo.
265. Es más seguro no confiar en nadie.
266. Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy excitado.
267. Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.
268. Cuando me siento abatido, algo emocionante me saca casi siempre de ese estado.
269. Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión.
270. Cuando salgo de casa no me preocupo de si las puertas y ventanas están bien cerradas.
271. No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se exponga a que le ocurra tal cosa.
272. A veces estoy lleno de energía.
273. Tengo adormecidas una o varias partes de la piel.
274. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.
275. Alguien controla mi mente.
276. Me gustan los niños.
277. A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro, que he deseado que se salga con la suya.
278. Con frecuencia me ha parecido que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos.
279. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de agua.
280. La mayoría de la gente se hace de amigos por conveniencia propia.
281. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.
282. De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi familia a los que usualmente quiero.
283. Si fuera reportero me gustaría mucho escribir noticias deportivas.
284. Estoy seguro de que la gente habla de mí.
285. A veces me río de chistes sucios.
286. Nunca estoy tan contento como cuando estoy solo.
287. Tengo pocos temores en comparación con mis amigos.
288. Sufro de ataques de náusea y vómitos.
289. Siempre me disgusta con la ley cuando se pone en libertad a un criminal debido a los argumentos de un abogado astuto.
290. Trabajo bajo una tensión muy grande.
291. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.
292. Por lo general no le hablo a la gente hasta que ellos no me hablan a mí.
293. Alguien ha tratado de influir en mi mente.
294. Nunca he tenido tropezos con la ley.
295. A mí me gustaba el cuento "Caperucita Roja".
296. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.

297. Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.
298. Si varias personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en esto.
299. Creo que siento más intensamente que la mayoría de las personas.
300. Nunca en mi vida me ha gustado jugar con muñecas.
301. Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.
302. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
303. Soy tan sensible acerca de algunos asuntos que ni siquiera puedo hablar de ellos.
304. En la escuela me era muy difícil hablar frente a la clase.
305. Aun cuando esté acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.
306. Recibo toda la simpatía que debo recibir.
307. No participo en algunos juegos porque no los sé jugar bien.
308. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
309. Creo que hago amistades tan fácilmente como los demás.
310. Mi vida sexual es satisfactoria.
311. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
312. No me gusta tener gente alrededor.
313. El hombre que provoca la tentación dejando propiedad de valor sin protección, es tan culpable del robo como el ladrón mismo.
314. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
315. Estoy seguro que la vida es cruel conmigo.
316. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
317. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
318. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
319. A la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás, aunque no lo diga.
320. Muchos de mis sueños son acerca de asuntos sexuales.
321. Me ruborizo fácilmente.
322. El dinero y los negocios me preocupan.
323. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
324. Nunca he estado enamorado de nadie.
325. Ciertas cosas que han hecho algunos de mis familiares me han asustado.
326. A veces me dan accesos de risa o de llanto que no puedo controlar.
327. Mi madre o mi padre frecuentemente me hacían obedecer, aun cuando yo creía que no tenían razón.
328. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
329. Casi nunca sueño.
330. Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos.
331. Si la gente no la hubieran cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
332. Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no esté resfriado.
333. Nadie parece comprenderme.
334. A veces percibo olores raros.
335. No me puedo concentrar en una sola cosa.
336. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
337. Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo.
338. Sin duda he tenido más cosas de que preocuparme de las que me corresponden.

339. La mayor parte del tiempo desearía estar muerto.
340. Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente.
341. A veces oigo tan bien que me molesta.
342. Se me olvida muy pronto lo que la gente me dice.
343. Generalmente tengo que detenerme a pensar antes de hacer algo, aunque sea un asunto sin importancia.
344. Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir.
345. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.
346. Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia como bombillas eléctricas en anuncios luminosos, etc.
347. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño.
348. Generalmente no me fio de las personas que son un poco más amistosas de lo que yo esperaba.
349. Tengo pensamientos extraños y peculiares.
350. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
351. Me pongo ansioso y turbado cuando tengo que salir de casa para hacer un corto viaje.
352. He tenido miedo a cosas y a personas que sabía que no me podían hacer daño.
353. No temo entrar solo a un salón donde hay gente reunida hablando.
354. Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o puntiaguda.
355. Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero.
356. Tengo más dificultad para concentrarme que la que parece que tienen los demás.
357. Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
358. Malas palabras, a menudo palabras horribles, vienen a mi mente, y se me hace imposible librarme de ellas.

359. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
360. Casi todos los días sucede algo que me asusta.
361. Me inclino a tomar las cosas muy en serio.
362. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
363. A veces he sentido placer cuando un ser querido me ha lastimado.
364. La gente dice cosas insultantes y vulgares acerca de mí.
365. Me siento incómodo cuando estoy bajo techo.
366. Aun cuando esté acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo.

*PASE LA PAGINA SOLAMENTE
CUANDO SE LE INDIQUE*

367. No soy una persona demasiado consciente de sí misma.
368. Durante ciertos períodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.
369. En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me sienta solo o con una sola persona en vez de unirme al grupo.
370. La gente me desilusiona con frecuencia.
371. Me gusta muchísimo ir a bailes.
372. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía vencerlas.
373. Frecuentemente pienso: "quisiera volver a ser niño".
374. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serían de gran beneficio para la humanidad.
375. Frecuentemente he conocido personas a quienes se suponía expertas y que no eran mejores que yo.
376. Me siento un fracasado cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.
377. Si me dieran la oportunidad sería un buen líder.
378. Me avergüenzan los cuentos picantes.
379. Generalmente la gente exige más respeto para sus derechos que el que está dispuesta a permitirle a los demás.
380. Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas.
381. Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.
382. Me gustan las reuniones sociales por estar con gente.
383. Guzo con la excitación de una multitud.
384. Mis preocupaciones parece que desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos animados.
385. Frecuentemente no me entero de los chismes y habladurías del grupo a que pertenezco.
386. Me es difícil el dejar a un lado la tarea que he emprendido aun cuando sea por poco tiempo.
387. No he tenido dificultad para empezar a orinar o retener mi orina.
388. A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas simplemente porque a ellas no se les ocurrieron antes.
389. Siempre que puedo evito encontrarme entre una multitud.
390. No me molesta el ser presentado a extraños.
391. Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo.
392. Con frecuencia les hablo a los extraños en los trenes, autobuses, etc.
393. Me rindo fácilmente cuando las cosas van mal.
394. Me gusta que la gente conozca mi punto de vista sobre las cosas.
395. He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora.
396. No me sentiría desconcertado si tuviera que iniciar una discusión o dar una opinión acerca de algo que conozco bien ante un grupo de personas.
397. Me gustan las fiestas y las reuniones sociales.
398. Me acobardo ante las crisis, dificultades o problemas.
399. Puedo dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros creen que no vale la pena hacerlo.
400. No le temo al fuego.
401. No le temo al agua.
402. Frecuentemente tengo que consultar con la almohada antes de tomar decisiones.
403. Es una gran cosa vivir en esta época en que ocurren tantas cosas.
404. Frecuentemente la gente ha interpretado mal mis intenciones cuando trataba de corregirla y ayudarla.
405. No tengo dificultad al tragar.
406. A veces me he alejado de otra persona porque temía hacer o decir algo que pudiera lamentar después.
407. Por lo general soy tranquilo y no me altero fácilmente.

408. Puedo ocultar lo que siento en algunas cosas de manera tal que la gente puede hacerme daño sin que se den cuenta de ello.
409. A veces me he agotado por emprender demasiadas cosas.
410. Me gustaría mucho ganarle a un pícaro con sus propias armas.
411. La religión no me preocupa.
412. No temo ver al médico acerca de una enfermedad o lesión.
413. Merezco un severo castigo por mis pecados.
414. Tiendo a preocuparme tanto por los desengaños que luego no puedo dejar de pensar en ellos.
415. Odio tener que trabajar de prisa.
416. Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aunque sepa que puedo hacerlo bien.
417. A menudo me siento tan molesto cuando alguien trata de adelantarse en una fila, que le llamo la atención.
418. A veces pienso que no sirvo para nada.
419. Cuando muchacho frecuentemente salta para la escuela pero no llegaba a ella.
420. He tenido experiencias religiosas extraordinarias.
421. Tengo uno o varios familiares que son muy nerviosos.
422. Me he sentido avergonzado por la clase de trabajo que alguien de mi familia ha hecho.
423. Me gusta o me ha gustado muchísimo pescar.
424. Siento hambre casi todo el tiempo.
425. Sueño frecuentemente.
426. A veces he tenido que ser rudo con personas groseras o inoportunas.
427. Tiendo a interesarme en diferentes distracciones en vez de concentrarme por largo tiempo en una de ellas.
428. Me gusta leer los editoriales de los periódicos.
429. Me agrada asistir a conferencias sobre temas serios.
430. Me atraen las personas del sexo opuesto.
431. Me preocupa mucho por posibles desgracias.
432. Tengo opiniones políticas bien definidas.
433. Acostumbra tener compañeros imaginarios.
434. Me gustaría competir en carreras automovilísticas.
435. Generalmente preferiría trabajar con mujeres.
436. Estoy seguro de que sólo existe una religión verdadera.
437. No es malo tratar de evitar el cumplimiento de la ley siempre que ésta no se viole.
438. Hay ciertas personas que me disgustan tanto que me alegro interiormente cuando están pagando las consecuencias por algo que han hecho.
439. Me pone nervioso tener que esperar.
440. Cuando me siento muy feliz y activo, alguien que esté deprimido me desanima por completo.
441. Me gustan las mujeres altas.
442. He tenido períodos durante los cuales he perdido el sueño a causa de las preocupaciones.
443. Tiendo a dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros piensan que esa no es la manera correcta.
444. No trato de corregir a la gente que expresa opiniones ignorantes.
445. Me apasionaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).
446. Los policías son generalmente honrados.
447. Con frecuencia me esfuerzo para triunfar sobre alguien que me ha llevado la contraria.
448. Me molesta que la gente en las tiendas, tranvías, etc., me esté mirando.
449. No me gusta ver fumar a las mujeres.
450. Muy raramente me siento deprimido.

PASE LA PAGINA

451. Cuando alguien dice cosas tontas o estúpidas acerca de algo que sé, trato de corregirlo.
452. Me gusta burlarme de la gente.
453. Cuando era niño nunca me interesó pertenecer a un grupo o pandilla.
454. Podría ser feliz viviendo completamente solo en una cabaña en el bosque o en las montañas.
455. Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio.
456. Una persona no debería ser castigada por violar una ley que considere injusta.
457. Creo que nadie debería nunca probar bebidas alcohólicas.
458. El hombre que más se ocupó de mí cuando era niño (como mi padre, padrastro, etc.) fue muy estricto conmigo.
459. Tengo uno o varios malos hábitos tan arraigados, que es inútil luchar contra ellos.
460. He bebido alcohol moderadamente (o nunca lo he usado).
461. Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.
462. Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas.
463. Me gustaba jugar "a la pata coja".
464. Nunca he tenido una visión.
465. Varias veces he cambiado de modo de pensar acerca de mi trabajo.
466. Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.
467. Con frecuencia memorizo números sin importancia (tales como los de las placas de automóviles, etc.).
468. Frecuentemente me siento apenado por ser tan malgenioso y gruñón.
469. El relámpago es uno de mis temores.
470. Me disgustan las cosas sexuales.
471. En la escuela mis calificaciones con conducta fueron generalmente malas.
472. Me fascina el fuego.
473. Me gusta tener a los demás intrigados sobre lo que voy a hacer.
474. No tengo que orinar con más frecuencia que los demás.
475. Cuando estoy en una situación difícil digo sólo aquella parte de la verdad que no me perjudique.
476. Soy un enviado especial de Dios.
477. Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que descubrirlos.
478. Nunca me he puesto particularmente nervioso a causa de dificultades en que se haya visto envuelto algún miembro de mi familia.
479. Los únicos milagros que conozco son simplemente tretas que unas personas les hacen a otros.
480. Con frecuencia le tengo miedo a la obscuridad.
481. Me da miedo estar solo en la obscuridad.
482. Con frecuencia mis planes han parecido estar tan llenos de dificultades, que he tenido que abandonarlos.
483. Cristo realizó milagros tales como cambiar el agua en vino.
484. Tengo una o más faltas que son tan grandes que es mejor aceptarlas y tratar de controlarlas, antes que tratar de librarme de ellas.
485. Cuando un hombre está con una mujer generalmente está pensando cosas relacionadas con el sexo de ella.
486. Nunca he notado sangre en mi orina.
487. Muchas veces me he sentido muy mal al no haber sido comprendido cuando trataba de evitar que alguien cometiera un error.
488. Rezo varias veces a la semana.
489. Me compadezco de las personas que generalmente se aferran a sus penas y problemas.

490. Leo mi libro de oraciones (o la Biblia) varias veces a la semana.
491. No tolero a la gente que cree que sólo hay una religión verdadera.
492. Me produce terror la idea de un terremoto.
493. Prefiero el trabajo que requiere concentración a un trabajo que me permite ser descuidado.
494. Temó encontrarme en un lugar pequeño y cerrado.
495. Generalmente "le hablo claro" a la gente a quien estoy tratando de mejorar o corregir.
496. Nunca he visto las cosas dobles (esto es, nunca un objeto me ha parecido doble sin que me sea posible hacerlo aparecer como uno).
497. Me gustan los cuentos de aventuras.
498. Es bueno siempre ser franco.
499. Tengo que admitir que a veces me he preocupado sin motivo alguno por cosas que no valían la pena.
500. Rápidamente me vuelvo partidario absoluto de una buena idea.
501. Generalmente hago las cosas por mí mismo, en vez de buscar a alguien que me enseñe.
502. Le tengo terror a una tormenta.
503. Es raro que yo apruebe o desaprobe con energía las acciones de otros.
504. No trato de encubrir mi mala opinión o fastidia que me inspire una persona a fin de que ésta no sepa mi modo de sentir.
505. Los caballos que no jalan debieran ser golpeados o pateados.
506. Soy una persona muy tensa.
507. Frecuentemente he trabajado bajo personas que parece que arreglan las cosas de tal modo, que ellas son las que reciben el reconocimiento de una buena labor, pero que sin embargo atribuyen los errores a otros.
508. Creo que mi olfato es tan bueno como el de los demás.
509. A veces me es difícil defender mis derechos por ser muy reservado.
510. La suciedad me espanta o me disgusta.
511. Vivo una vida de ensueños acerca de la cual no digo nada a nadie.
512. No me gusta bañarme.
513. Creo que Cervantes fue más grande que Napoleón.
514. Me gustan las mujeres hombrunas.
515. En mi hogar siempre hemos tenido cubiertas nuestras necesidades básicas (tales como alimentación, vestido, etc.).
516. Algunos de mis familiares se enojan muy fácilmente.
517. No puedo hacer nada bien.
518. A menudo me he sentido culpable porque he fingido mayor pesar del que realmente sentía.
519. Algo anda mal con mis órganos sexuales.
520. Generalmente desfiendo con tenacidad mis propias opiniones.
521. Frecuentemente le pido consejo a la gente.
522. No le temo a las arañas.
523. Casi nunca me ruborizo.
524. No temo contraer una enfermedad o coger gérmenes de las perillas de las puertas.
525. Ciertos animales me ponen nervioso.
526. El porvenir me parece incierto.
527. Los miembros de mi familia y mis parientes más cercanos se llevan bastante bien.
528. No me ruborizo con mayor frecuencia que los demás.
529. Me gustaría usar ropa cara.
530. A menudo siento miedo de ruborizarme.
531. La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente aun en cosas sobre las que creía estar ya decidido.

532. Puedo soportar tanto dolor como los demás.
533. No padeczo de muchos eructos.
534. Varias veces he sido el último en darme por vencido al tratar de hacer algo.
535. Siento la boca seca casi todo el tiempo.
536. Me molesta que la gente me haga hacer las cosas de prisa.
537. Me gustaría cazar leones en África.
538. Creo que me gustaría el trabajo de modisto (o modista).
539. No le tengo miedo a los ratones.
540. Nunca he sufrido de parálisis facial.
541. Mi piel parece ser muy sensible al tacto.
542. Nunca he tenido deposiciones (excretas) negras, parecidas a la brea.
543. Varias veces por semana siento como si algo terrible fuera a suceder.
544. La mayor parte del tiempo me siento cansado.
545. Algunas veces sueño lo mismo una y otra vez.
546. Me gusta leer sobre historia.
547. El futuro es demasiado incierto para que una persona haga planes formales.
548. Nunca asisto a un espectáculo sobre temas sexuales, si es que puedo evitarlo.
549. Con frecuencia, aun cuando todo va bien, siento que nada me importa.
550. Me gusta reparar las cerraduras de la puerta.
551. Algunas veces estoy seguro de que los demás pueden decir lo que estoy pensando.
552. Me gusta leer sobre ciencia.
553. Tengo miedo de estar solo en un sitio amplio al descubierto.
554. Si fuera artista me gustaría dibujar niños.
555. Algunas veces me siento a punto de una crisis nerviosa.
556. Soy muy cuidadoso en mi manera de vestir.
557. Me gustaría ser secretario (o secretaria) privado(a).
558. Un gran número de personas son culpables de mala conducta sexual.
559. Con frecuencia he sentido miedo de noche.
560. Me molesta que se me olvide donde pongo las cosas.
561. Me gusta mucho montar a caballo.
562. La persona hacia quien sentía mayor afecto y admiración cuando era niño fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
563. Me gustan más las historias de aventuras que las de amor.
564. No me enoja fácilmente.
565. Siento deseos de tirarme cuando estoy en un sitio alto.
566. Me gustan las escenas de amor de las películas.
- • •

DR. S.R. HATHAWAY Y DR. J.C. MCKINLEY

INVENTARIO MMPI-Español

Adaptación para América Latina por el
Dr. Rafael NúñezBasado en la traducción del
Personal Técnico del Centro de Orientación de la
Universidad de Puerto Rico, A. Bernal, A. Colón,
E. Fernández, A. Mena, A. Torres y E. Torres.Revisado por el
Psic. Armando Velázquez II.

Este inventario consta de oraciones o proposiciones enumeradas. Lea cada una y decida si, en su caso, es cierta o falsa.

Usted debe marcar las respuestas en la hoja de contestaciones. Fíjese en el ejemplo que aparece al lado derecho. Si la oración es CIERTA o, más o menos CIERTA en su caso, rellene con lápiz el círculo en el renglón **C** (Cierto), vea el ejemplo 1. Si la oración es FALSA o, más o menos FALSA en su caso rellene el círculo en el renglón **F** (Falso), vea el ejemplo 2.

1	C	<input checked="" type="radio"/>
	F	<input type="radio"/>

2	C	<input type="radio"/>
	F	<input checked="" type="radio"/>

Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Al marcar su respuesta en la hoja de contestaciones, asegúrese de que el número de la oración corresponde al número de la respuesta en la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo lo que quiera cambiar.

Recuerde, trate de dar una respuesta para cada una de las oraciones.

No marque este folleto.

AHORA ABRA SU FOLLETO Y EMPIECE



INSTRUCTIVO

1. Todas las contestaciones tienen que ser marcadas en esta hoja de respuestas. Nunca escriba usted en el folleto.
2. Los espacios enumerados corresponden a las frases en el folleto, decida usted como desea contestar las frases, y después marque el círculo correspondiente.

Ejemplo: Frase No. 1: **Me gustan las revistas de mecánica.**

Llene usted el círculo encima de la cifra, si le gustan las revistas de mecánica (al margen izquierdo de la línea correspondiente encontrará la letra **C** = cierto)

C	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Llene usted el círculo debajo de la cifra si las revistas de mecánica no le gustan (al margen izquierdo de la línea correspondiente encontrará la letra **F** = falso)

C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Hay que usar un lápiz negro y llenar completamente los círculos seleccionados.
4. Si las frases no significan nada para usted, o usted no ve claro el significado, no marque nada.

TRATE USTED DE CONTESTAR CADA FRASE