

320825

65
24



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

RASGOS DE PERSONALIDAD DE PADRES CON
HIJOS DEFICIENTES MENTALES

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARTHA GUADALUPE VARGAS ACEVES

Director: LIC. VICTOR HUGO DORANTES GUTIERREZ

MEXICO, 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.

I N D I C E

R E S U M E N

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

I	M A R C O	T E O R I C O	1
1.1	PERSONALIDAD		10
1.2	TEORIAS DE LA PERSONALIDAD		12
1.3	TEORIA DE LOS RASGOS		14
1.4	RASGO Y ACTITUD		18
1.5	RASGO Y TIPO		19
1.6	RASGOS INDIVIDUALES VERSUS RASGOS COMUNES		19
1.7	NATURALEZA DE LOS RASGOS		21
1.8	DEFICIENCIA MENTAL		23
1.9	LESION CEREBRAL		33
II.	METODOLOGÍA		44
2.1	PROBLEMA		45
2.2	OBJETIVO GENERAL		45
2.3	OBJETIVOS ESPECIFICOS		45
2.4	HIPOTESIS		46
2.5	VARIABLES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES		46
2.6	DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES		47
2.7	POBLACION		49
2.8	MUESTRA		49
2.9	TIPO DE MUESTREO		50
2.10	TIPO DE INVESTIGACION		50
2.11	DISEÑO		50

2.12	INSTRUMENTO	50
2.13	PROCEDIMIENTO	76
2.14	ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS	77
III	R E S U L T A D O S	80
3.1	DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	82
3.2	ESCALAS DE VALIDEZ	84
3.3	ESCALAS CLINICAS	87
3.4	CORRELACION DE PEARSON	97
3.5	ANALISIS DE VARIANZA	100
IV	DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	103
4.1	ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	107

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

A N E X O S

RESUMEN

La presente investigación, intenta establecer los rasgos de personalidad que privan entre los padres con hijos deficientes mentales, así como la forma en que éstos se correlacionan con el C.I. de los hijos, el nivel socioeconómico y el sexo.

Para obtener los rasgos de personalidad de los padres, se les aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I.) creado por Hathaway, S. y Mckinley, R. (1940).

Los resultados obtenidos revelan que, a mayor C.I. de los hijos (capacidad intelectual ubicada en el grado de deficiencia mental ligera), existe una coorrelación en las escalas de validés L y F y en las escalas clínicas como Hs, D, Dp, Pa y Ma.

Por lo tanto se concluye que la capacidad intelectual de los hijos deficientes mentales, pueden influir en algunos rasgos de personalidad de los padres.

INTRODUCCION

La familia es un conjunto de personas de la misma sangre, que viven bajo un mismo techo, formado generalmente por padres, madres e hijos.

La convivencia bajo un techo y los vínculos de sangre que definen a la familia, no bastan para unir a sus miembros, el auténtico cimiento de toda célula familiar es el amor recíproco entre las personas que viven juntas.

Para lograr comprender la naturaleza de la vida de la familia es necesario que ésta tenga una estructura conceptual de desarrollo familiar. West, M. (1979) refiere que hay un cierto factor que se puede predecir acerca de este desarrollo y que nos ayuda a saber qué se puede esperar de cualquier familia dependiendo en la etapa que se encuentre.

La etapa en la que está enfocada esta tesis básicamente es en la segunda, la cual se refiere a los nuevos padres. Estos, desde antes de que nazca su hijo, tienen ciertas expectativas hacia el nuevo ser, esperan un hijo "normal", la imagen que tiene una pareja es de un hijo ideal, un niño "sin defectos". Ken, S. (1978), refiere que cuando esto no sucede el ciclo vital de la familia se ve alterado ante el nacimiento de un niño deficiente, se presentan cambios repentinos del concepto de sí mismos, de su familia y del futuro, sienten que sus esperanzas se desmoronan y deben volver a construir su mundo bajo otra perspectiva. Sin embargo, el ambiente familiar constituye sin lugar a dudas el medio más propicio para comprender y ayudar a los

individuos que presentan deficiencia mental. Se ha observado que las características de los padres como sentimiento de culpa, hostilidad, rechazo, sobreprotección, resentimientos, etc; Son todos factores que van a depender de la gravedad de la lesión, (C.I.), su nivel socioeconómico y sexo de los padres.

Olshansky, F. (1962) refiere que casi todos los padres que tienen un hijo "retrasado" padecen de pena crónica durante toda su vida, así mismo Tizar, R. y Grad, J. (1961) detectaron que los padres de niños deficientes presentan problemas psicológicos y emocionales los cuales afectan la dinámica familiar.

Por lo tanto, este estudio pretende investigar cuáles son los rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales, con la finalidad de establecer en forma objetiva la estructura de la personalidad que prevalece en dichos sujetos, de tal forma que a futuro puedan crearse programas de intervención acordes a dicha muestra, mismos que quizá puedan propiciar un mayor entendimiento y responsabilidad ante sus hijos.

Por otra parte, existen varias investigaciones las cuales afirman que hay rasgos de personalidad comunes entre los padres con hijos incapacitados, como Abac, G. y Ruiz, S. (1962), encontraron graves alteraciones en las relaciones con sus hijos, y dificultad para comunicarse, los cuales siempre llevan un componente agresivo.

En otro estudio sobre autismo Kohr, L y Horowitz, E. (1984), encontraron que las madres presentan características neuróticas e introvertidas.

Por su parte Ramirez, A. y Barman, J. (1975), encontraron como figura dominante a la madre, la mayoría eran agresivas y violentas con sus hijos.

Es por ello que, para lograr este objetivo se utiliza el Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I.) que cuenta con una base estadística sólida que permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas desarrolladas y que, constituye un instrumento mediante el cual, un individuo define sus propias características y la imagen que tiene de sí mismo. Este instrumento cuenta con tres escalas de validez y diez escalas clínicas, las cuales permitieron diferenciar si existen o no características de personalidad en padres con hijos deficientes mentales.

Se encontro como resultado, mediante el análisis estadístico aplicado a las ciencias sociales (S.P.S.S.) que a mayor capacidad intelectual de los hijos, los padres tienden a ser rígidos, insatisfechos, inestables, antisociales, sensación de impotencia y pesimistas.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

I MARCO TEORICO

En todo momento, el individuo es el depositario de una experiencia de grupo y su identidad es al mismo tiempo individual y social, la salud logra una concepción significativa cuando vinculamos el funcionamiento del individuo con las pautas de las relaciones humanas de su grupo primario. Siendo la familia la unidad básica de desarrollo, experiencia, realización y fracaso, es también la unidad básica de la enfermedad y la salud, es una unidad de intercambio, en donde hay una interacción de personalidades, que operan para tratar de mantener un balance y continuidad en su vida familiar, desarrollando patrones de interacción que son la clave de su funcionamiento.

La dinámica familiar depende en gran parte de la satisfacción de las necesidades biológicas y sociales, aunada a los valores de amor y bienestar material como son: provisión de alimento, abrigo y otras necesidades, provisión de unión social, oportunidad para desplegar la identidad personal ligada a la identidad familiar, el moldeamiento de los roles sexuales, la ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social Lanzetta, H. (1981).

Para lograr comprender la naturaleza de la vida de la familia, es útil tener una estructura conceptual del desarrollo familiar, West M. (1979), explica "... Hay un cierto factor que se puede predecir acerca de este

desarrollo y que nos ayuda a saber que se puede esperar de cualquier familia en una etapa determinada, no importa quien sea o donde se encuentre..."

Duval, A. (1962) describe los siguientes estados del desarrollo familiar.

- * Establecimiento (recien casados sin hijos)
- * Nuevos padres (infante de tres años)
- * Familia preescolar (nino de 3-6 años)
- * Familia de la edad escolar (hijo de 6-12 años)
- * Familia adolescente (hijo de 13-19 años)
- * Familia con jóvenes adultos (mayor de 20 años, hasta el abandono del hogar)
- * Familia como centro de lanzamiento (desde el abandono del hogar por el ultimo hijo)
- * Familia postparental, los años intermedios (desde el abandono del hogar por el ultimo hijo hasta que se jubile el padre)
- * Familia que envejece despues de la jubilación del padre.

Dicho autor señala "... el enfoque del ciclo vital familiar enfatiza la dinámica de la interacción familiar, la cual se mueve y cambia de un periodo a otro de la experiencia familiar..."

A medida que cambia la composición de la familia, según las edades cambian también las expectativas vinculadas con los roles de edad de quienes ocupan las distintas posiciones dentro de la familia y la calidad de la interacción entre los

miembros, de tal forma que, cuando la pareja matrimonial llega a la paternidad, los problemas de responsabilidad materna compartida agregan otro nivel de complejidad a las relaciones familiares. Duval, A. (1962).

El nacimiento de un hijo varía notablemente de un matrimonio a otro, ya que cada familia tiene su propia historia, un sistema de valores personal, modos de relación únicos con lo que le rodea, sus vinculaciones religiosas y tradiciones, aspectos que hacen de él la microsociedad original; sin embargo, algunas de las necesidades y expectativas, de los padres determinan que llegará a ser lo que ellos no fueron, o a satisfacer unos deseos que en ellos no se cumplieron.

Ken, S. (1978), mencionó lo siguiente al respecto: "los padres esperan un hijo normal, la imagen que la pareja se forme de un hijo es siempre ideal; un niño sin defectos, normal y sano, basan sus planes en dicho ideal. Tales expectativas inevitables se modifican cuando la imagen se transforma en realidad".

También refiere que los padres quieren realizarse creativamente; el nacimiento de un niño no sólo es la creación de un nuevo ser, sino que puede decirse en un sentido muy real, que los padres se "reproducen" a sí mismos cuando traen un hijo al mundo. El tener un hijo sano inspira un sentimiento de virilidad en el hombre; el padre piensa en él como un ser en el que pudiera reflejarse, pero a la vez dotado de lo que él tiene conciencia de que carece. En la

mujer significa un sentido de plenitud y motivaciones, con ideas de tenerlo por el niño mismo o si resulta de la necesidad de utilizarlo como un medio de mantener la unión de la familia y su estatus de "madre de familia", tan gratificado por la sociedad.

Cuando esto no sucede, no importa por que razón, se experimenta un sentimiento de pérdida de las expectativas tanto de la familia como tal, como de aquella deseada y esperada para el niño, Supra M. (1981), situación que interrumpe el ciclo vital normal familiar; llevándose a cabo una modificación que a su vez influye en el equilibrio psíquico y emocional de todos los miembros del grupo. Esto repercute en la persona deficiente y modifica igualmente las relaciones entre la familia y el resto del mundo, por consiguiente se tiene que enfrentar la crisis a diversas situaciones de gran tensión, influyendo en su conducta y actividades, modificando sus patrones de interacción, percepción y adaptación, aspectos que están determinados por la presencia de tres factores: La severidad de la incapacidad, la cantidad y la calidad del apoyo dentro de la familia nuclear y, el apoyo recibido de fuentes externas, Laing, M. (1986).

Menolascino, R. (1967) y Wolfensberger, A. (1967), opinan que hay tres razones por las que el ciclo vital de la familia se ve alterado ante el nacimiento de un niño deficiente:

Crisis de lo inesperado: se refiere al resultado del

cambio repentino que tienen los padres del concepto de sí mismos, de su familia y del futuro. Sienten que sus esperanzas se desmoronan y deben construir un mundo bajo otra luz.

Algunos padres aceptan calmadamente este hecho, otros suelen reaccionar exageradamente culpándose a sí mismos o culpando a otros en una forma irracional.

Este primer shock actúa como anestésico, aunque temporal, que da a la mente tiempo para elaborar un sistema de defensa más adecuado.

Wright L. (1976), dice que es un "antiséptico natural", y que una vez pasado el efecto, los padres pueden enfrentar la siguiente etapa.

También es importante el momento en el cual los padres reciben la noticia, un síndrome de Down generalmente es detectado al nacer o poco tiempo después, pero casi todos los demás tipos de deficiencia mental, no son diagnosticados al nacer y a veces ni siquiera se sospecha de ellos, esto se va notando durante el desarrollo del niño, lo cual permite que los padres tengan un proceso gradual de descubrimiento de la deficiencia mental, tal hecho reduce la reacción emocional.

La crisis de los valores personales: sobreviene porque prácticamente todos los padres viven en un ambiente social en el que prevalece la idea de que tienen que amar a su hijo sin que importe los caracteres del mismo y muchos padres nunca

logran cambiar su mentalidad y abrigan sentimientos ambivalentes hacia su hijo deficiente mental; por un lado lo aman por ser su hijo, pero por el otro lo rechazan por ser deficiente mental. Esta crisis incluye varias características:

Culpa: Wolfensberger A. (1967) refiere que el sentimiento de culpa y el sentimiento de vergüenza que lo acompañan es la sensación que se experimenta cuando se ha hecho algo mal. Estos sentimientos de culpa y de vergüenza son bastante irracionales, en el caso referente a que se da a luz un niño retrasado. Excepto en casos muy raros, el retraso no sobreviene por algo que los padres hayan hecho, salvo en el caso del Síndrome de Down y en el de otros trastornos muy bien definidos.

Negación: Una segunda reacción muy común en los padres al descubrir que su hijo está retrasado, es el mecanismo de defensa de la negación. Esta negación toma muy diversas formas; una versión relativamente inocente es hablar del hijo o de la hija como de un niño de lento aprendizaje, inclusive con una lesión cerebral o autista pero no retraso mental.

Protección excesiva: Maloney, P. (1958) refiere que algunos padres, por lo general la madre, dedican todo su tiempo al hijo retrasado hasta olvidarse casi totalmente de sus demás hijos y del consorte. Constantemente tratan al niño como si estuviera más incapacitado de lo que realmente está.

Penas: Olshansky, F. (1962) da por supuesto que todos los

padres que tienen un niño retrasado padecen de una pena trágica durante toda su vida. El grado de este dolor suele variar de unos padres a otros, pero la mayoría de ellos dan muestra de ello en un grado o en otro.

Advierte claramente de esta pena, que de ninguna manera es una reacción neurótica, sino una reacción perfectamente natural y normal, aunque muchos padres procuran ocultar en público su depresión y su dolor.

Aceptación: es de lamentar que mucho de lo que se ha escrito acerca de las reacciones de los padres al hecho de tener un niño impedido, hagan tanto hincapié en los aspectos negativos del proceso de acomodación, destacando el sentimiento de culpa, el desarrollo de mecanismos de defensa, etc. Aunque es verdad que muchos padres sí apelan a comportamientos de mala adaptación en un momento u otro de su vida, también es verdad que se suelen pasar por alto los procesos más positivos de aceptación y adaptación que se dan en muchos padres. Efectivamente muchos padres logran resolver felizmente su crisis de valores y aceptan a su hijo retrasado como lo que es, Eaton, W. (1955).

Crisis de la realidad: en esta etapa los padres tienen que enfrentarse a problemas económicos y familiares (abuelos, tíos, etc.). Suponiendo que los padres ya aceptaron el problema, el enfrentamiento ocurre con los vecinos, pues es probable que rechacen a la persona con deficiencia mental.

Además la mayoría de los padres convienen en el hecho de que es necesario dedicarle mucho tiempo al deficiente mental.

sobre todo en caso de sujetos particularmente difíciles
Holt, W. (1958).

Para Caplan, D. (1979), la crisis es lo que sucede cuando una persona se enfrenta a una dificultad, a una amenaza o pérdida real, en la que no se dispone de suficientes recursos y por consiguiente, de un medio directo de controlar el conflicto. Esta crisis se va manifestando de acuerdo a la gran variedad de motivos para desear el nacimiento de un hijo. El advenimiento de un niño con una desventaja física o mental, es una situación que afecta el equilibrio de la familia y causa un estado de desorganización, llegando en ocasiones a la desintegración familiar.

Abarca, M. (1986), refiere que la primera reacción de los padres es inevitablemente de impotencia y aturdimiento. Sobre todo la noticia respecto al diagnóstico, es comunicada precipitadamente y sin ningún tacto ni previa preparación. Este aturdimiento da a la mente tiempo para elaborar un sistema de defensa más adecuado como la negación. Incluso ellos insistirán, en que su hijo no tiene nada, por lo que buscan algún otro medio o persona que le ofrezca un diagnóstico más fácil de sobrellevar, basando en ocasiones sus esperanzas en situaciones mágicas o divinas.

Para Farber, E. (1959), los seres humanos se han desarrollado con la idea de que la competencia y el triunfo son esenciales en la vida, por consiguiente, los padres se ven obligados a querer y aceptar a una persona que no retenga estos valores y ocasionalmente lo perciben como un sujeto

gravemente dañado, apático y dócil, siendo insensiblemente apartado de la realidad tratando de no compararlo con otros niños, pero haciendo de él una persona aparte, un espécimen humano que no tiene puntos comunes con sus semejantes y marginándolo, por lo tanto, de la independencia que merece y puede alcanzar, lo que limita sus posibilidades de desarrollo.

Tizar, R. y Grad, J. (1961), detectaron que a los padres de niños deficientes mentales se les presentan problemas psicológicos y emocionales que antes no tenían y que son la respuesta interna a los cambios de la vida diaria, tales como: un aumento en las exigencias financieras, cambios en los patrones habituales de sueño, comidas, actividades de la vida diaria, sociales y recreativas alteradas; y exigencias mayores de tiempo que reducen la extensión y alteran la calidad de tiempo disponible para relacionarse y educar a los otros hijos de la familia; así como la necesidad de buscar y algunas veces de emigrar a lugares donde se les brinde servicio de atención especializada.

PERSONALIDAD

Existen principalmente dos tendencias en la búsqueda de explicar la personalidad. La primera la dan los hebreos (428 a. de J.C.), donde reflexionaron un conjunto de poderes internos inescrutables y oscuros, parecidos a los externos que manejan al hombre. Pensaron que tratar de conocer estas fuerzas era malo por lo tanto dejaron este conocimiento solo a Dios.

La segunda la dan los griegos cuando nos dicen, por lo menos en tiempos de Sócrates y Platón (348 a. de J. C.) 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.

Actualmente la estructura de la personalidad se define como el grupo de constelaciones nucleares integrado por diversos sistemas formados a través de las experiencias resultantes en el contacto con el ambiente durante la niñez. Linton, D. (1955), define ese concepto como "... La configuración de personalidad compartida para la mayoría de sus miembros (cultura) como resultado de las primeras experiencias que tuvieron en común, advirtiendo que esto no corresponde a la personalidad en su totalidad, sino los sistemas proyectivos que explican valores y actitudes básicas para la estructuración de la personalidad..."

La importancia del estudio de la personalidad nos permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, etc., asimismo integra en un solo concepto los conocimientos que podemos adquirir por separado, de aquellas que podríamos considerar facetas, experimental y didácticamente abstraídas de una totalidad (persona) que son: percepción, motivación, aprendizaje y otros, aumentando la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo, así como su forma de interrelacionarse con los demás y su medio ambiente.

El estudio de la personalidad es mucho más antiguo de lo que suponemos, el hombre ha dirigido su atención hacia sí mismo en la búsqueda de una explicación de lo que sucede en el mundo exterior. Esto ha acontecido principalmente en tiempos de incertidumbre, dolor, sufrimiento y derrumbamiento material McClland, A. (citado en Cuelli 1972).

1.2 TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

Freud, S. (1885), en su teoría psicoanalítica se refiere a la estructura mental y a la economía y dinámica del funcionamiento de la mente. Según un modelo regional o topográfico, Freud divide la psique en lo inconsciente propiamente dicho, lo preconscious y lo consciente. La base de la teoría Freudiana de la personalidad está constituida por el estudio y la formulación de estos sistemas mentales y el modelo tripartito de Yo, el ello y el Super Yo, que representan sus componentes estructurales.

Adler, A (1910), fué el primer teórico que describió el funcionamiento psicológico del hombre como el producto de factores orgánicos e impulsos psicológicos dirigidos hacia un fin. "El individuo y su conducta son el resultado de los procesos dinámicos, somáticos, psicológicos y sociales relacionados entre sí. También tiene una necesidad de percibirse a sí mismo subjetivamente como una unidad. Esta sensación de unidad y continuidad es la base de su sentido de identidad, autoestima y autoaceptación".

Para Erikson, R. (1933), el Yo es el instrumento por el cual una persona organiza la información exterior, valora la

percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planteamiento. Este Yo positivo produce un significado de identidad en un estado de elevado bienestar. Este estado de bienestar es el que uno siente cuando lo que es y hace está muy cerca de lo que desea y siente de debería ser y hacer.

Horney, K. (1937), considera al individuo como una unidad dentro de una armazón social, siempre influyendo o siendo influido por su ambiente. Desde el punto de vista funcional, puede decirse que la persona está formada por los atributos que caracterizan la organización constantemente cambiante del individuo. Estos comprenden sus necesidades sociales y biológicas, rasgos de conducta, sentimientos, actitud hacia los demás y hacia sí mismos, expectativas, inhibiciones y conflictos. Cada atributo es simultáneamente creado por el individuo y actúa sobre él exigiendo satisfacción, produciendo luchas o presionando hacia la acción. Un atributo puede reforzar o entrar en conflicto con otro. Los atributos son aprendidos a partir de la familia.

Fromm, E. (1947), reconoce que la conducta del hombre es motivada por sus necesidades biológicas, sin embargo sostiene que la motivación y la conducta están determinadas culturalmente. La sociedad origina nuevas necesidades y problemas que son tan imperativos como las exigencias instintivas de hambre, sed y sexualidad. La sociedad y la adaptación social ocasiona la pérdida de libertad y espontaneidad temporales.

Sullivan, H. (1953), enfatiza su teoría en las relaciones existentes entre la personalidad y la no personalidad individual, ya que el hombre no existe como un ser aislado sino en relación con otros.

El ser humano se desarrolla durante los primeros años de vida en la infancia, la niñez y la adolescencia. Esto quiere decir que los patrones interpersonales de los primeros años son extraordinariamente importantes para la formación de la personalidad, sin que se piense que pueden borrar el efecto de los determinantes sociales de la misma.

1.3 TEORIA DE LOS RASGOS

Esta teoría propone que de acuerdo a la cantidad de rasgos que posee un individuo, será dada una personalidad determinada.

Allport, G (1961), infiere que los siguientes conceptos son básicos para elaborar una explicación sobre el concepto de la personalidad: hábitos, rasgos, reflejos condicionados, actitud y persona. El mayor enfoque se lo da a su teoría de los rasgos, dado que las actitudes e intenciones son las más equivalentes, así, también es llamada Psicología de los rasgos, ya que los últimos están en la parte más importante del estatus motivacional.

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

En esta definición hay ciertos aspectos fundamentales del concepto tales como "organización dinámica" , que se refiere al hecho de 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 del individuo.

Esto indica que la personalidad está encauzada hacia objetivos terminantes que participan intrínsecamente en la conducta del individuo.

El término rasgo en sí no es definitivo, puede cambiar de nombre dependiendo de las políticas e intereses de que la época en que se encuentre, sin embargo, un rasgo siempre se encontrará en el individuo y podrá ser inferido a través de sus conductas, existiendo independientemente del observador.

Allport, G. (1963), define rasgo como un "sistema neuropsíquico (peculiar del individuo) generalizado y focalizado, dentro de la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas coherentes de comportamiento adaptativo y expresivo".

Los rasgos, representan la realidad última de la organización psicológica, el rasgo tiene una existencia "normal"; es independiente del observador, está realmente ahí. Presupone que en su base fisiológica son disposiciones

neuronales de índole compleja, que mediante inhibiciones, selecciones y efectos motivacionales dirigen la conducta.

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 (o sea que hay una disposición a la respuesta) estructurado y duradera que se diferencia de un hábito porque éste sólo señala una forma intangible de respuesta dada 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, pero esto también depende del temperamento, inteligencia y constituciones, ya que éstas son predisposiciones innatas. El término rasgo ocasionalmente se usa como actitud.

Según Richtkaft citado por Allport, G. (1961) plantear los nombres de los rasgos son meras designaciones de categorías de hábitos. Según este autor, los rasgos no son algo que resida en el individuo mismo, sino más bien en formas de percepción.

Pirandello, citado en Allport, G. (1961) plantear los relación a los rasgos, que la personalidad varía según lo que se espere del individuo, quienes lo rodean y de acuerdo a los prejuicios que éstos tengan.

Para Allport, G. (1961) las tendencias determinantes no son objeto de observación directa, sólo de inferencia.

Por la expresión "tendencia determinada" se entiende que una actitud mental permite la solución de un problema dado o de cierto acto.

Todos los rasgos pueden considerarse tendencias directivas, al contrario, no todas las tendencias directivas son rasgos.

Indudablemente, una actitud mental puede depender de algún modo de rasgos personales, pero en sí, los rasgos son más generalizados y tiene menos que ver con actitudes mentales que con estructuras mentales como los intereses, gustos, complejos, sentimientos, ideales y otras formaciones del mismo tipo.

Existen dos tipos de categorías muy importantes de tendencias determinantes: el hábito y la actitud.

El hábito señala un tipo variable e inflexible de respuesta consecuente a la repetición de una situación estímulo con la cual está ligada por la experiencia y la práctica.

Para Dewey, citado en Allport, G (1961) la esencia del hábito es la predisposición adquirida a emplear ciertas formas o modos de respuesta y no la predisposición a realizar actos particulares.

Hábito significa especial sensibilidad o accesibilidad para ciertas clases de estímulos; más que una repetición de actos específicos, los hábitos representan predilecciones o aversiones estables.

Los hábitos no dominan el rasgo, es más bien el rasgo el que obliga a la formación de nuevos hábitos.

La sociabilidad representa una cualidad profunda y característica de la personalidad del individuo. La expresión del rasgo es variable, diversos tipos de estímulos lo ponen en movimiento.

1.4 RASGO Y ACTITUD

Una manera de 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. Esto también le ocurre a la actitud, ya que ambos son de naturaleza biofísica y combinan la herencia y el aprendizaje. Sin embargo, con base en 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 esta.

Entre más sean los objetos que accionan una actitud, tanto más se parece ésta 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 está vinculada. Las actitudes conducen al sujeto a acercarse o a apartarse a afirmar o a negar, los rasgos no tiene dirección bien definida.

Los conceptos de actitud y rasgo resultan ser indispensables para la comprensión en la Psicología de la personalidad.

1.5 RASGO Y TIPO

El concepto de tipo tiene una referencia biosocial que habla de una persona que tien un rasgo, más no decir que tiene tipo.

Esto denota que los tipos existen no en personas o en la naturaleza sino más bien en los ojos del que esta observando.

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

1.6 RASGOS INDIVIDUALES VERSUS RASGOS COMUNES

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

Para algunos psicólogos resulta difícil aceptar que

si "los individuos no se pueden comparar entre si con respecto a sus rasgos", qué va a pasar con la Psicología como disciplina "científica" o sea nomotética.

Tomando en cuenta la información sobre los rasgos se deduce que: el rasgo individual es un verdadero rasgo porque a) estos siempre están en el individuo y no disgregados en la sociedad y b) los rasgos al desarrollarse y generalizarse llegan a ser netamente únicos y varían dependiendo de las experiencias del ser humano.

El rasgo común (continuum) no es un rasgo real, sino un conjunto de rasgos individuales.

Los concepto de rasgo común y rasgo individual son importantes para el estudio de la personalidad, ya que la Psicología de la personalidad es el estudio científico de los rasgos humanos.

Los rasgos comunes son aquellos aspectos de la personalidad con respecto a los cuales pueden ser comparadas la mayor parte de las personas maduras que viven dentro de una cultura dada. Allport, G. (1961).

No hay nada más importante, refiriéndose concretamente a personalidad, que el reconocer perfectamente los rasgos individuales que la integran.

La teoría de los rasgos afirma que los nombre 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.

1.7 NATURALEZA DE LOS RASGOS

Stern, W. citado en Allport, G. (1961) 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, pues siempre hay en su comportamiento un elemento de su auto-desarrollo y de crecimiento. Además un rasgo nunca es por entero independiente del mundo externo, sino que esta siempre en constante relación con él.

El rasgo indica la manera en que la persona reacciona ante el mundo, pero nunca los estímulos que provoca 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 enfrenta otras condiciones determinantes y estas condiciones no sólo producen una especial coloración de cada acto promovido por un rasgo, sino que también pueden influir el rasgo mismo en forma permanente.

Stern, citado en Allport, G. (1963) usa el término carácter para definir la personalidad, mencionando la forma de ser que el individuo posee completamente y tomando en cuenta una predisposición a 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 recepción del estímulo y b) dirige la respuesta; sin embargo, para el psicoanálisis los rasgos no son sistemas motivacionales sino que se manejan como síntomas impulsadores por el ello y se presentan en el Yo.

En otro sentido, los rasgos inician conductas y muestran poder de iniciativa.

Ejemplos de rasgos puede ser: las ambiciones, las actitudes, las fobias, los intereses, las inclinaciones, las compulsiones, los valores, los hobbies, las predilecciones, los gustos y muchas otras cosas más.

1.8 DEFICIENCIA MENTAL

Desde la época de la antigüedad los historiadores refieren datos que evidencian la existencia de seres anormales alrededor de los cuales se daban las más diversas interpretaciones: muchos morían por desatención o eran sacrificados por considerarse pequeños monstruos, se vinculaba su existencia a ideas religiosas o a otros fenómenos sobrenaturales que explicaban todas las alteraciones psíquicas.

Fue hasta el Siglo VI cuando empezó a profundizarse en el estudio de esta entidad, lo cual estuvo en manos de los médicos fundamentalmente, hasta que en el Siglo XV comenzó a ser estudiado también por pedagogos y psicólogos.

Es así, que en las diferentes etapas del desarrollo histórico-social han existido múltiples posiciones acerca de la deficiencia mental, criterios que evolucionan gracias al desarrollo constante de la Ciencia y la Técnica. Significativa importancia al respecto tuvieron los relevantes descubrimientos de la segunda mitad del Siglo XIX, entre los que destacan las definiciones de tipo médico.

La deficiencia mental, clasificada desde el punto de vista médico, es un síndrome (conjunto de síntomas que obedecen a distintas etiologías) el cual presenta por lo demás características específicas y precisas, tanto por lo que respecta a las condiciones biopsicosociales del sujeto, como por lo que hace a los mecanismos etiopatogénicos, a la diversidad de sus cuadros clínicos y a problemas propios

del deficiente mental en torno a su familia, a la escuela y al ambiente social en que vive.

La deficiencia mental no respeta nacionalidades, idiomas, ni condiciones socioculturales o económicas.

La Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (1976) la define como: "El funcionamiento intelectual significativamente subnormal, que se manifiesta durante el periodo del desarrollo y está caracterizada por una inadecuada conducta de adaptación".

Se entiende por conducta adaptativa "el grado de eficiencia con que el individuo cumple los patrones de independencia personal y responsabilidad social, correspondientes a su edad o grupo cultural".

Para Zazzo, D. (1965), "las definiciones de la deficiencia mental son innumerables. Dejando aparte los criterios de congenitabilidad, de irreversibilidad y los criterios de etiología; podemos aún extraer de todas esas definiciones, tres concepciones muy frecuentemente confundidas; una insuficiencia de la inteligencia general; una insuficiencia de la inteligencia escolar, traducida en un retraso grave; y una insuficiencia social que no permite al débil, asumir la plena responsabilidad de sus actos".

Actualmente se ha comprobado científicamente que más de doscientas causas pueden dar origen a una deficiencia mental, las cuales obedecen a factores etiológicos muy diversos. Todas ellas actúan a veces aisladamente por sí solas o en

conjunto; siendo en estos casos mayores en su proporción y consecuencia.

Teniendo en cuenta los complicados mecanismos de actuación de tales causas, la deficiencia mental se puede clasificar en dos grandes grupos: OMS, (1986).

10. Causas de acción directa: geneticometabólicas, infecciosas y parasitarias, tóxicas, traumáticas y ambientales o económico-socioculturales.

Las causas geneticometabólicas toman parte antes de la concepción y en el mismo momento en que ésta se realiza; producen por una parte, defectos y aberraciones cromosómicas y por la otra, alteraciones o errores en el mecanismo general.

Existen un gran número de microorganismos, en particular los virus y algunas parasitosis que tiene una gran afinidad sobre el sistema nervioso central; éstas atacan durante la vida intrauterina produciendo determinados padecimientos congénitos.

La intoxicación puede ser de orden exógeno como el tabaco, el alcohol, las drogas enervantes, medicamentos, etc., o de orden endógeno por diabetes, acetonuria botulismo, etc. Asimismo, el cerebro humano está expuesto durante toda su vida a ser traumatizado por agentes externos o de orden psicológico. Los primeros actúan con mayor frecuencia durante el nacimiento y los primeros años infantiles, los segundos actúan desde que el niño se encuentra en el claustro materno.

Por último, la vida antihigiénica, la promiscuidad, las carencias económicas y la incultura en general, promueven directa o indirectamente la deficiencia mental. OMS, (citado en Ingalls, R. 1962).

2o. Causas de acción por mecanismos de orden cronológico: preconcepcionales, concepcionales y postconcepcionales (prenatales, perinatales, postnatales y ambientales).

La persona con deficiencia mental es la consecuencia de las modificaciones y transformaciones que anormalmente sufre el material genético, o de desórdenes metabólicos de las proteínas, glúcidos y lípidos, asimismo por la negatividad del ambiente. Cualquier trastorno psicossomático, sea una malformación o alteración funcional del sistema genético del hombre, y en particular de la mujer durante el momento de la concepción, puede dar origen a la deficiencia mental.

Entre las causas postconcepcionales se encuentran las infecciones o parasitosis, la incompatibilidad sanguínea, las acciones tóxicas o acciones traumáticas como tentativas de aborto provocadas.

Las causas perinatales son el conjunto de circunstancias adversas que se pueden presentar durante el momento del nacimiento, las postnatales se presentan durante la primera y segunda infancia, o sea, desde los primeros días hasta los siete años y se pueden presentar por infecciones tóxicas, traumáticas o ambientales; ya que este se encuentra presente

durante todo el desarrollo genético y en la formación del ser humano, actuando de forma positiva o negativa en su evolución. American Association of Mental Deficiency (citado en Ingalls, R. (1962).

Las manifestaciones de la deficiencia mental se han clasificado de la siguiente forma: (Coronado, G. 1981).

Trastorno de la inteligencia: conceptuando la inteligencia como el resultado integral del funcionamiento cerebral, estos trastornos se manifiestan en la atención, concentración, memoria y aprendizaje. Por otra parte, en la imaginación, el juicio, el razonamiento, el cálculo y la elaboración mental; atributos que pueden ser medibles en su nivel mental por medio del cociente intelectual.

Trastornos somatopsíquicos: son las anomalías orgánicas sobre cuya economía repercute el daño cerebral como deformaciones óseas del cráneo, tórax, cadera, anomalías sensoriales; alteraciones de la sensibilidad (dolor, tacto, temperatura), alteraciones de la psicomotricidad, etc.

Trastornos de la comunicación: en el lenguaje del deficiente mental se sufren serias perturbaciones, así como en la audición, la visión y demás áreas sensoriales que junto con los problemas emocionales y de conducta bloquean la comunicación.

Trastornos emocionales: estos corresponden a la alteración de las funciones cerebrales superiores del sueño y la vigilia, de la afectividad y de la emotividad, así como de la agresividad e inhibición.

Trastornos psicosociales: es la incapacidad del deficiente mental de adaptarse al ambiente social en que vive, esto como consecuencia de la desarmonía que existe entre su escaso potencial biopsicogenético y las condiciones adversas de su ambiente familiar y social.

Como se sabe, existen diferentes grados de deficiencia mental, estos son :

Deficiencia mental ligera: se refiere a aquellos individuos que son motivo de recuperación favorable para incorporarlos a una vida de trabajo y que pueden ser útiles a sí mismos y a la sociedad, dentro de sus carencias y sus recursos posibles. Su C. I. está situado desde 69 hasta 55, según la escala de Wechsler, (citado en Ingalls, R. 1962).

Deficiencia mental moderada: son personas cuyo C.I. oscila entre 54 y 25, quienes revelan una gran cantidad de carencias de las funciones cerebrales superiores. Los trastornos somatopsíquicos son pronunciados y adquieren una mayor variedad que en los otros grupos clínicos. Hay mayor dificultad en la comunicación y en el aprendizaje, resultando complicado incorporarlos al trabajo y a la sociedad, sin embargo, todavía alcanzan a ser entrenados para desempeñar algún trabajo de tipo manual y en algunas ocasiones pueden llegar a bastarse a sí mismos, escala de Wechsler, (citado en Ingalls, R. 1962).

Deficiencia mental severa: son aquellas personas que no pueden realizar en ocasiones sus más elementales necesidades

fisiológicas, estando obligados a depender de los demás, su C.I. es de lo más bajo (menos de 24, escala de Wechesler). Tienen complicaciones múltiples, graves y numerosas, así como graves trastornos de la comunicación, con ausencia a veces del lenguaje. Tienen insignificante posibilidad de adaptación social.

Los conceptos y criterios usados para considerar al individuo y su adaptación cambian con la edad, además es importante saber el papel que juega la etiología en este cuadro, si influye o no en las posibilidades adaptativas del individuo, y si es así, de que manera.

Con base en los estudios realizados por Laurent, P. y Bhillomenko, L. (1961), Eagle, A. (1967) y Wilson, R. (1970), sobre adaptación del deficiente mental, se encontraron estas conclusiones:

La gran mayoría de los deficientes mentales no están hospitalizados ni institucionalizados. Estos sujetos pueden alcanzar una integración socioprofesional bajo ciertas condiciones, la influencia, la tolerancia y las posibilidades ofrecidas por el medio, parecen desempeñar un papel importante. La creciente exigencia de nuestra sociedad, que según algunos autores puede calificarse de tecnológica, puede disminuir considerablemente la tasa de integración de los débiles. También es interesante saber cuáles son los factores que pueden determinar esta adaptación; la mayoría de los autores coinciden en que la inteligencia por sí sola, no es un factor suficiente de la adaptación social, aunque tenga un papel importante.

La teoría deficitaria dice que el deficiente mental difiere del sujeto tanto cuantitativamente como cualitativamente. Los deficientes mentales presentan un comportamiento retardado, cuando se les compara con sujetos normales de la misma edad cronológica. Las diferencias entre unos y otros son exclusivamente comportamentales. Luria, M. 1961, Zeaman, W. y House, R. 1963, Ellis, P. (1969). (Citado en Ingalls R. 1962).

La teoría evolutiva de Piaget, J. (1962) indica que la diferencia entre deficiente mental y sujeto normal es esencial y cuantitativa. La base de la formulación es: "el desarrollo cognoscitivo del deficiente mental, se caracteriza por una progresión más lenta, pero es idéntico a la del individuo normal, es decir que progresa según la misma serie de niveles cognoscitivos". Esta teoría emite la hipótesis de que no existen diferencias en el desarrollo cognoscitivo formal entre el deficiente mental y el sujeto normal, emparejada sobre la base de un nivel cognoscitivo general.

Muchos proyectos de integración han demostrado que esta teoría describe el desarrollo retrasado casi tan bien como el desarrollo normal. Los niños normales durante su período sensorimotor, y los niños deficientes parecen lograr los diversos tipos de conservación en el mismo orden que los niños normales. En general, los niños ligeramente deficientes alcanzan el nivel de operaciones concretas, pero no el nivel de operaciones formales; mientras que los niños moderadamente

deficientes alcanzan el nivel preoperacional, pero no el de operaciones concretas.

Desarrollado en Suecia por, Cruickshank, M. (1972), el principio de normalización acentúa la necesidad de instalar en los deficientes mentales las formas de comportamiento que corresponden, en el mayor grado posible, a las normales que rigen en la sociedad. Este principio debe aplicarse a todos los deficientes mentales, independientemente de su grado de impedimento o del medio en el que se desenvuelven actualmente.

A nivel institucional, las aplicaciones del principio de normalización están constituidas por: Instalación de un ritmo cotidiano normal, que corresponde a la sucesión de las actividades de los individuos no deficientes mentales. Posibilidad de acceder a todos los tipos de actividades disponibles para los normales, como son el trabajo, educación, diversiones.

Organización de una sociedad bisexual en el seno de la cual las relaciones afectivas entre los sexos deben ser idénticas a las que se encuentran en una sociedad normal. Adopción de medidas legales tendientes a permitir a los deficientes mentales que lleguen a ser ciudadanos plenos. Integración de los deficientes mentales en la comunidad, de un modo completo o parcial, según su grado de deficiencia mental. Posibilidades académicas.

Se ha demostrado que el desarrollo cognoscitivo de las personas con deficiencia mental sigue las mismas pautas del

normal, que una gran parte de ellas logra acceder a los procesos de generalización y que los efectos de ésta influyen sobre los demás comportamientos ampliando así las posibilidades de su desarrollo. Piaget J. citado en Ingalls R. (1962).

El deficiente mental, según su grado, es antes que nada una persona que puede vivir y trabajar en mayor o menor medida en la comunidad según sus capacidades, con derechos y responsabilidades que deben reconocersele. La educación especial propicia el desarrollo cognoscitivo y socioadaptativo, basándose en la participación activa de los alumnos. Para este fin se deben desarrollar cinco áreas: independencia personal, protección de la salud, comunicación, socialización e información del entorno físico y social, y por último, ocupación.

1.9 LESION CEREBRAL

Antiguamente se distinguía entre retraso mental endógeno y retraso mental exógeno. El retraso endógeno es el que tiene su origen en la concepción misma y el grupo más grande de retrasados mentales endógenos, es de aquéllos que arrastran este mal por razón de familia, quienes se encuentran en el extremo más bajo de la curva normal de inteligencia y cuyas deficiencias mentales hipotéticamente les viene por herencia. El retraso exógeno abarca todos aquellos casos cuyo desarrollo empieza normalmente y luego sufren alguna interferencia, generalmente por parte de algún agente o circunstancia externa que produce daño en el sistema nervioso. Por lo tanto, un sinónimo más o menos aproximado de retraso endógeno y exógeno tal vez parezca trivial, pero el hecho es que varios científicos entre los que se encuentran Straus, M. y Lehtinen, R. citado en Ingalls, R. (1962) sostiene que los niños con lesión cerebral tienen patrones de pensamiento y de conducta cualitativamente diferentes de los patrones de los niños con retraso endógeno y de los niños normales.

El término lesión cerebral significa la destrucción física del tejido cerebral o de las células cerebrales, esta lesión del sistema nervioso tiene diversas causas, existiendo diferentes tipos de lesión cerebral. La mayoría de estas lesiones en los niños no se restringen a una área única del cerebro, sino que son lesiones difusas, es decir, muchas células por todas partes del cerebro se destruyen, o de tal manera se interrumpe su metabolismo que ya no pueden funcionar debidamente.

Las causas principales de la lesión cerebral son: las infecciones prenatales y postnatales, enfermedades tóxicas, ciertos tipos de desórdenes de metabolismo y de nutrición así como desordenes endócrinos como el hipotiroidismo, enfermedades crasas del cerebro como la esclerosis tuberosa, las diversas anomalías craneales como la hidrosefalia y la premadurez. Todas estas enfermedades pueden producir no solamente retraso mental, sino también una gran variedad de enfermedades como parálisis cerebral, epilepsia y tal vez incapacidades de aprendizaje.

Muchas personas dan por supuesto que lesión cerebral y retraso mental son prácticamente sinónimos, pero esto ciertamente no es verdad. Muchos individuos obviamente retrasados no dan ninguna muestra de lesión cerebral ni de ningún otro impedimento orgánico, por el contrario muchas personas con evidente lesión cerebral manifiestan muy poco impedimento de inteligencia o sencillamente ninguno. Kennedy, A. y Ramirez, P. citado en Ingalls, R. (1962).

A continuación se describen algunas enfermedades cuyo origen es una disfunción cerebral:

Epilepsia: es un término general que se usa para describir una situación de accesos y convulsiones recurrentes. Existen diferentes tipos de ataques epilépticos, así como una gran variedad de causas. Las probabilidades de que un epiléptico sea retrasado es de tres a cuatro veces más en comparación con los no epilépticos (Bosh y Gibbs, citado en Ingalls, R. 1962). En una gran población de retrasados

mentales una tercera parte o más suelen ser epilépticos (Illingsworth, 1959, citado en Ingalls 1962). La epilepsia misma raras veces o nunca produce retraso. Las dos cosas se encuentran juntas con bastante frecuencia porque ambas tienen la misma causa.

Parálisis cerebral: se define como un impedimento motor que puede ser parálisis, debilidad o falta de coordinación, producido por una disfunción cerebral. Es así que, todos los niños con parálisis cerebral tienen por definición una lesión cerebral. Al igual que el retraso mental y la epilepsia, la parálisis cerebral no es una enfermedad única o unitaria, sino un término general que abarca una gran variedad de síntomas.

La hipercinesia o disfunción cerebral mínima: es una serie mal definida de rasgos conductuales que con frecuencia se encuentran juntos. Los síntomas incluyen una actividad exagerada, facilidad para la distracción, lapsos muy breves de atención, impulsividad e inestabilidad emocional. (Strauss, M. y Lehtinen, R. 1947).

Desórdenes perceptuales: son las inversiones de derecha a izquierda, ejem; el niño confunde una "b" con una "d" o la palabra "Roma con la palabra Amor". Otro tipo de perturbación perceptual, es la dificultad para distinguir una cosa del contexto que la rodea, o la incapacidad para distinguir una cosa del fondo en que se encuentra.

Incapacidad de aprendizaje: significa retraso, desorden, o desarrollo retrasado de uno o de varios de los procesos de

locución, lenguaje, lectura, escritura, aritmética o de alguna otra materia escolar; estos trastornos resulta de un impedimento psicológico causado por una disfunción cerebral, por perturbaciones emocionales o conductuales o ambos. (Kirk y Bateman, 1962). citado en Ingalls R. 1962.

Por otro lado, Abac, G. y Ruiz P. (1972, estudiaron la dinámica de ocho familias de niños deficientes mentales, encontrando graves alteraciones en sus relaciones interpersonales y una gran dificultad para la comunicación, la cual siempre llevaba un componente agresivo. En las pruebas proyectivas (Machover y H.T.P.) que se aplicaron a estos niños mostraron como rasgos sobresalientes: que la propia agresividad no se manifestaba, se satisfacía en forma de fantasía, se encontraron elementos de inferioridad y minusvalía; los niños utilizaban su enfermedad para tener un control sobre los padres, la figura femenina se percibía dominante y poco gratificante en los aspectos afectivos, la figura paterna era incapaz de brindar protección ante la hostilidad exterior.

Las mismas pruebas fueron aplicadas a las madres, encontrándose que había una gran cantidad de angustia (pero focalizada a aspectos sexuales), la relación de pareja era problemática y frustrante, existía una gran inseguridad de su papel en el mundo, la mujer tomaba una actitud pasiva con el fin de crear dependencias, solo se establecían relaciones a niveles muy superficiales y los mecanismos de defensa más utilizados eran la intelectualización y racionalización.

Según los autores, todas estas características encontradas en las pruebas, se entrelazaban formando un círculo vicioso de exigencia y frustración, en el cual, la deficiencia mental servía como válvula de escape de la tensión familiar y al mismo tiempo como liga patológica de unión entre los padres y el niño enfermo.

En otra investigación, Brooks, G. y Lewis, M. (1985) estudiaron tres grupos de niños incapacitados conjuntamente con sus madres, encontraron que éstas eran más directivas en las secuencias de juego, más controladoras en las secuencias de interacción y con más iniciativa que las madres de niños sanos. Los tres grupos estaban formados por niños con síndrome de Down, parálisis cerebral y retraso en el desarrollo. Se esperaba que el grupo de incapacitados estaría más relacionado con la responsividad de la madre. Este aumentó proporcionalmente con la edad cronológica y mental del niño.

Los autores concluyen que, en general, las madres fueron más sensitivas hacia el repertorio general de comportamiento de sus hijos como una función de edad mental, más que hacia la edad cronológica o la condición de incapacidad.

En otro estudio sobre autismo, Kohr, L. y Horowitz, E. (1984). midieron características de los padres con niños autistas y encontraron que los padres eran más inteligentes. Las madres fueron más neuroticas que el grupo de madres de niños normales, y más introvertidas. Se concluyó que hay una correlación significativa entre neuroticismo de las madres y autismo de los niños.

Los resultados de otras investigaciones como la de Bobath, B. y Cohen, B. (1982), "The behavior of attitudes of parents handicaps", llevaron a estos autores a pensar que el síndrome de autismo infantil es un resultante de la interacción entre características especiales del niño y de los adultos que lo cuidan. En este estudio los autores fundamentan su hipótesis en el hecho de que una madre que se encuentra a sí misma insatisfecha por fracasos en el logro de un nivel adecuado de intimidad con un esposo intelectual y orientado a su carrera. Se encuentra tensa, frustrada, incapaz de dar amor, atención y crianza hacia su hijo. Esto sucede particularmente con los niños varones, quienes se identifican más con el padre frustrante. Así, la preponderancia del autismo masculino puede relacionarse al menos en parte con los efectos de la interacción de su masculinidad sobre la madre, más que una liga genética directa, como se piensa comúnmente.

Por su parte, Ramírez, A. y Barman, J. (1975) estudiaron a fondo la relación que existe entre la personalidad de la madre y la aparición de distintas enfermedades orgánicas en los niños atendidos en el hospital infantil de México.

Los autores se sorprendieron al encontrar en todos los casos estudiados una gran similitud en los rasgos de carácter de las madres, así como la dinámica de sus familias.

Al examinar 220 historias clínicas de niños que presentaban deficiencia mental, encontraron determinados rasgos de carácter comunes a todos los niños; eran miedosos,

llorones, sumisos y poco participes en actividades de grupo. Cuando aparecía la enfermedad estas características se modificaban bruscamente y los niños se volvían violentos e irritables. Algo importante fue que en el curso de la investigación la similitud de la conducta de todas las familias de estos pacientes fue evidente. En la vida de todos estos niños, la figura dominante siempre fue la madre. En un porcentaje muy significativo fueron más agresivos y violentos con sus hijos (en particular con el niño enfermo). La intensidad de esta liga agresiva era más frecuente cuando se trataba de una niña, en ocasiones hija única, con quien la madre se identificaba más estrechamente. Según los autores, este hecho podría explicar que esta enfermedad ocurre más frecuentemente en el sexo femenino. En las familias de estos niños, los padres eran figuras secundarias y usualmente tanto los hechos violentos como las peleas eran un espectáculo cotidiano.

Otra característica observada en las madres, fue su excesiva limpieza, la cual utilizaban para frustrar toda expresión motora o muscular en los niños, otra, era la dificultad que tenían estas mujeres para permitir a sus hijos una conducta social independiente.

Storm, R., Daniel, S. y Wurster, S. (1985), realizaron un estudio comparando la actitud paterna hacia niños minusválidos y no minusválidos, fueron valorados con el inventario de padres como maestros, utilizando el análisis unidireccional para determinar diferencias significativas entre las muestras paternas. El tamaño de la muestra fue de 344 padres de niños no incapacitados y 101 padres de hijos

incapacitados intelectualmente, con Síndrome de Down o dañados del cerebro (Rus, 1982). Se les aplicó el PAAT (Inventario padres como maestros), lo que permitió los padres revelar sus expectativas y preferencia de valores respecto a conductas específicas del niño, así como creatividad, frustración, juego y enseñanza/aprendizaje.

Encontraron que los padres de los niños incapacitados fijan expectativas para sus hijos y para ellos mismos, que varían un poco de las familias normales. Expresaron mayor incertidumbre sobre la obligación de fomentar la creatividad, más deseo de controlar la conducta del niño, menos apoyo para el juego como una actividad importante, y menos confianza en su habilidad para facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje. Sorprendentemente no reportaron niveles más altos de frustración en el papel de padres, que aquellos con hijos no incapacitados.

Cook, J. (1963) realizó un análisis de tipo dimensional de las actitudes de los padres del niño retardado, estudiando a 178 madres de niños con requerimientos de educación especial por presentar las siguientes condiciones: ceguera, sordera, síndrome de Down, parálisis cerebral y orgánica. Se categorizaron por su grado de severidad, tanto desde una valoración médica como psicológica. 108 niños fueron considerados moderadamente disminuidos y 70 severamente disminuidos. Se aplicó el instrumento de Investigación de Actitudes Parentales, desarrollado por Schaefer y Bell (1958). Se identificaron dos dimensiones, Autonomía-control y Hostilidad-rechazo. La primera influye en actitudes punitivas

(control autoritario y frialdad parental), la segunda influyó en actitudes de sobreindulgencia (autonomía y calidez parental), actitudes de rechazo (autonomía y frialdad parental) y actitudes de sobreprotección (control autoritario y calidez).

No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de calidez entre los grupos de discapacitados, ni entre la dicotomía moderado-severo.

Los cinco diagnósticos y los dos grupos de severidad se caracterizan por las siguientes actitudes:

Ciegos actitudes de sobreprotección

Sordos actitudes de sobreindulgencia

Síndrome de Down actitudes punitivas

Parálisis Cerebral actitudes punitivas

Orgánicos actitudes de sobreindulgencia

Medianamente impedidos o moderados actitudes de rechazo

Severamente impedidos actitudes de sobreprotección.

Las madres de niños con parálisis cerebral, síndrome de Down y ciegos mostraron una fuerte tendencia autoritaria en los cuidados hacia sus hijos.

Kennet, S. et al (1991), estudiaron algunas variables en la claridad de percepción y aceptación del retardo en dos grupos de judíos: el de origen asiático-africano y el europeo.

Se analizaron los efectos de la clase social, el lugar de origen y el nivel de retardo (moderado con un C. I. de

50 a 70 y severo con un C.I. menor a 50), sobre sentimientos de culpa y nivel de claridad en la percepción del retardo y la aceptación o rechazo del niño.

Se aplicaron entrevistas a 70 familias, utilizando preguntas estructuradas y abiertas, estas últimas fueron categorizadas dependiendo de si indicaban o no culpa, percepción, retardo y aceptación o rechazo.

Los resultados revelaron que las madres reaccionaban de manera similar a ambos (niños y niñas) y que la edad no afectaba la relación. Por otro lado, los padres de la clase media mantenían percepciones más realistas del retardo que los padres de la clase baja. Excepto por una pregunta, no se encontraron diferencias para los sentimientos de culpa de los padres aceptación o rechazo del niño. Los padres de niños con problemas severos, en contraste con los padres de niños menos retardados, fueron más realistas al evaluar las capacidades de sus hijos.

Por lo tanto, la clase social de los padres y el grado de retardo del niño interfieren en la percepción del mismo. Tanto en la clase alta como en la baja, existe el mismo grado de culpa, considerada esta por muchos investigadores como la más frecuente reacción parental.

En suma, los padres de la clase media con niños que tienen deficiencia mental severa, perciben en forma más precisa el funcionamiento de sus hijos que los de la clase baja con retraso moderado. Los datos sugieren que ambos grupos exhiben la misma cantidad de sentimientos de culpa e

igualmente aceptan al niño.

La población con la cual se trabaja presentan deficiencia mental, causada por una lesión cerebral como son: infecciones prenatales y postnatales, enfermedades tóxicas, ciertos tipos de desórdenes de metabolismo, hipoxia neonatal, etc.

CAPITULO II
METODOLOGIA

II. METODOLOGIA

2.1 PROBLEMA

? Cual es la diferencia en los rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales entre 15 y 20 años que acuden al Centro de Capacitación de Educación Especial No. 12 ?

2.2 OBJETIVO GENERAL

El presente trabajo tiene por objeto determinar si existen rasgos de personalidad diferentes en padres con hijos deficientes mentales entre 15 y 20 años, con la finalidad de establecer en forma objetiva la estructura de personalidad que prevalece en dichos sujetos, de tal forma que a futuro puedan crearse programas de intervención acordes a dicha muestra, mismos que quizá puedan propiciar un mayor entendimiento y responsabilidad ante sus hijos.

2.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Establecer los rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales, dependiendo de la capacidad intelectual de los hijos, con Deficiencia Mental Ligera.
- 2.- Establecer los rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales, dependiendo de la capacidad intelectual de los hijos con Deficiencia Mental Moderada.
- 3.- Establecer los rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales, dependiendo de la capacidad

intelectual de los hijos con Deficiencia Mental Severa.

- 4.- Establecer los rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales según su nivel socioeconómico, Alto.
- 5.- Establecer los rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales según su nivel socioeconómico, Medio.
- 6.- Establecer los rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales según su nivel socioeconómico, Bajo.
- 7.- Establecer los rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales según su sexo, Hombres.
- 8.- Establecer los rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales según su sexo, Mujeres.

2.4 HIPOTESIS

H₁. (trabajo)

Existen diferencias en los rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales entre 15 y 20 años.

H₀. (nula)

No existen rasgos diferentes de personalidad en padres con hijos deficientes mentales entre 15 y 20 años.

2.5 VARIABLES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES

Variable dependiente

Rasgos de Personalidad

Variables independientes

Capacidad Intelectual de los Hijos

Nivel Socioeconomico

Sexo

2.6 DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES

Rangos

ALLPORT, G. (1961) Es un sistema neuropsiquico generalizado y focalizado, dotado de la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar, guiar formas coherentes de comportamiento adaptativo y expresivo.

PERSONALIDAD

ALLPORT, G (1963) Personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos dentro del individuo que determinan su ajuste único al medio.

Deficiencia Mental Ligera: Corresponde a un C.I. entre 50 y 69, son aquellos individuos cuya recuperación es favorable para incorporarlos a una vida de trabajo y ser útiles a sí mismos y a la sociedad, dentro de sus carencias y recursos posibles.

Deficiencia Mental Moderada: Con un C.I. correspondiente de 25 a 49, estas personas revelan una gran cantidad de carencias de las funciones cerebrales superiores. Los trastornos somatopsíquicos son pronunciados y adquieren una

mayor variedad que en los otros grupos clínicos. Hay mayor dificultad en la comunicación y en el aprendizaje, existe asimismo una mayor dificultad para incorporarlos al área laboral y a la sociedad, pero todavía alcanzan a ser entrenados para desempeñar algún trabajo de tipo manual y en algunas ocasiones puede bastarse a si mismos.

Deficiencia Mental Severa: Corresponde a un C.I. entre 24 y 35 y se refiere a quienes no pueden realizar en ocasiones ni sus más elementales necesidades fisiológicas, estando obligados a depender de los demás.

Tienen complicaciones múltiples graves y numerosas, graves trastornos de la comunicación con ausencia a veces del lenguaje, además tiene insignificantes posibilidades de adaptación social. (Wechsler, citado en Ingalls, R. 1962).

Nivel Socioeconómico

Se refiere a la estratificación social que concibe a la sociedad formada por segmentos o estratos, en donde para medir, se ubica a los individuos de acuerdo al grado de bienestar social: ingresos, salud, alimentación, vivienda, escolaridad, vestido, etc. De esta forma, se encuentran estratos de altos, medios y bajos ingresos, lo mismo respecto a los demás indicadores. Gomez, J. (1985).

Definiciones operacionales de variables

Capacidad Intelectual

Ligera - 50-69

Moderada - 25-49

Severa - 24-35

Nivel socioeconómico

Alto

Medio

Bajo

Sexo

Femenino

Masculino

2.7 POBLACION

En el Centro de Capacitación de Educación Especial No. 12, se encuentran inscritos 80 alumnos, cuyas edades oscilan entre 14 y 23 años, con un nivel socioeconómico que va de medio alto a bajo y cuentan con una capacidad intelectual inferior a 69.

2.8 MUESTRA

De un total de 80 alumnos inscritos en el CECADDEE, se tomó una muestra de 30 padres a los cuales se le aplicó el inventario multifásico de la personalidad.

2.9 TIPO DE MUESTREO

No probabilístico. Propositivo porque no se va a tomar la totalidad de la población puesto que no es posible realizar una lista de todos y llevar a cabo un muestreo simple al azar, sin pretender realizar generalizaciones de la población a la que pertenecen. (Pick, Lopez 1979.)

2.10 TIPO DE INVESTIGACION

Descriptiva, porque sólo pretende describir los rasgos más importantes del fenómeno, en lo que respecta a su aparición frecuencia y desarrollo. Es decir, sólo se pretende describir el fenómeno tal y como se presenta en la realidad.

Es de campo porque el estudio se lleva a cabo en el lugar de los hechos y transversal porque se realiza en un tiempo definido.

2.11 DISEÑO

De una muestra, ya que sólo se extrajo una de una población determinada, dado que se quiere conocer algunos aspectos relativos a la población específica, Expost-facto.

2.12 INSTRUMENTO

A fines de 1938 los Doctores Hathaway y Mckinley, comenzaron a reunir frases para crear una prueba cuyo objetivo es evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, multifasicamente por medio de investigación como para la práctica clínica.

Al elaborar, la prueba que originalmente se llamó registro multifásico de la personalidad, se tuvo en cuenta la educación y la cultura de los sujetos a quienes se les administraba para que las frases fueran comprendidas por personas sin un alto nivel intelectual o cultural.

La intención de esta primera presentación fue valorar el mayor número de tipos de personalidad y obtener más validez que las propuestas por los inventarios de personalidad publicados ya desde hace 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 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 interrogación y en muchos casos la forma gramatical fue alterada para dar mayor brevedad a la expresión, claridad y simplicidad a las frases. Existen dos tipos de folletos en la actualidad: El Primer 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

personal técnico del Centro de Orientación de la Universidad de Puerto Rico. A. Bernal, A. Colon, E. Fernandez, A. MENA, A. Torres y E. Torres, con la colaboración de el Dr. Storke Hathaway y adaptado para América Latina por el Dr. Rafael Nuñez.

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 respuesta especial para contestar, en realidad, es una forma abreviada de la prueba ya que solo 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. Esta forma fue editada y publicada por: The Psychological Corporation. Las pruebas fundamentales que delinear el uso de la prueba siguen criterios que señalan que cuando un grupo de personas son similares en ciertos aspectos de su conducta, es decir, en la forma de contestar a una serie de preguntas acerca de ellos mismos, son también similares en otras formas y por lo tanto ciertas características de la personalidad individual son sugeridas por la forma en que responden cuando estas contestaciones son comparadas con las de un grupo identificado.

Las comparaciones entre las diferentes personas se ha logrado fácilmente al observar las reacciones a quinientas sesenta y seis diferentes variables de la conducta. Estas, por ser demasiado numerosas para investigarlas una a una se ha logrado agruparlas con fines de canofocacion y despues de que

las respuestas del sujeto estudiado se han computado para cada escala, sus puntuaciones son convertidas en una grafica generalmente llamada perfil, o bien, por otra parte tomando en consideración la anotación numerica de las escalas de acuerdo con un sistema de puntuación, se logra una codificación de todas ellas. Las escalas basicas utilizadas son: Cuatro de Validez y Nueve Clinicas.

Originalmente las preguntas que integran las escalas clinicas se iniciaron basandose en el hecho de que el informe que el paciente le ofrece al médico verbalmente, no es tan confiable o valido como cuando el paciente es estimulado a contestar preguntas por medio de respuestas como: cierto, falso o no puedo decir.

Estas preguntas se formularón de acuerdo con la experiencia clinica, sin embargo, tambien se tomaron en consideración las preguntas utilizadas en la obtención de la historia clinica en caso de enfermos en general y de pacientes neurólogos, así como preguntas encontradas en los inventarios de la personalidad existentes y en actitudes sociales, etc...

La lista original incluía más de mil preguntas que poco a poco fueron disminuyendo hasta llegar a las quinientas sesenta y seis que se encuentran en el folleto publicado por la Universidad de Minnesota y que es distribuido por la Corporación de Psicología de Nueva York (1959).

DESARROLLO DE LAS ESCALAS CLINICAS

El primer paso en la elaboración de las escalas básicas del MMPI fue reunir una gran cantidad de reactivos potenciales para el inventario, Hathaway y Mckinley seleccionaron una amplia variedad de enunciados afirmativos de tipo personalidad de fuentes como historias, casos e informes psicológicos y psiquiátricos, libros y escalas de aptitudes personales y sociales publicados con anterioridad.

De un juego inicial de cerca de mil enunciados afirmativos, seleccionaron quinientos cuatro que juzgaron razonablemente independientes entre sí.

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

En un intento de validación cruzada de cada escala clínica, se seleccionaron nuevos grupos de sujetos normales y sujetos clínicos con ese diagnóstico clínico en particular y se les administró la escala. Si se encontraban diferencias significativas entre las puntuaciones del grupo normal y el grupo clínico en cuestión, la escala clínica se consideraba

con una validación cruzada, adecuada y por tanto lista para utilizarse en el diagnóstico diferencial de pacientes nuevos cuyas características diagnósticas se desconocieran.

Poco después se elaboraron dos escalas clínicas adicionales. Primero, la escala de Masculinidad-Feminidad (Mf) intentaba originalmente distinguir entre hombres homosexuales y heterosexuales. Debido a la dificultad para identificar una cantidad adecuada de reactivos que diferenciaban entre estos dos grupos, Hathaway y Mckinley ampliaron en consecuencia su enfoque en la elaboración de la escala Mf. Además de los pocos reactivos que discriminaban entre hombres homosexuales y heterosexuales, fueron identificados otros como diferencialmente aceptables por hombres y mujeres normales.

DESARROLLO DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ

Hathaway y Mckinley al principio desarrollaron también cuatro escalas conocidas después como de validez, cuyo propósito era detectar actitudes adecuadas de quienes contestaban la prueba. La escala 0 categoría "No puedo decidir", es simplemente el número total de reactivos en el MMPI omitidos o contestados verdadero y falso por el que contestó la prueba. Obviamente, la omisión de un gran número de reactivos, que tiende a disminuir las puntuaciones en las escalas clínicas, pone en duda la interpretabilidad del perfil completo resultante.

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

La escala F del MMPI fue diseñada para detectar individuos que enfocan la tarea de resolver la prueba en una forma diferente de la que intentan los autores de la misma.

Los reactivos de la escala F fueron seleccionados examinando para cada uno la frecuencia de aprobación del grupo normal de Minnesota e identificando aquéllos aprobados en una dirección particular por menos de 10 % de los normales. Obviamente, ya que pocas personas normales aprueban un reactivo en esa dirección, una que lo apruebe de igual manera, muestra una respuesta incorrecta.

La escala K del MMPI fue diseñada para identificar la defensividad clínica. Los reactivos en esta escala fueron seleccionados empíricamente al comparar las respuestas de pacientes conocidos como clínicamente desviados pero que

producían perfiles MMPI normales y para quienes no había indicios de psicopatología. Se intentaba que una puntuación K alta fuera indicativa de defensividad y cuestionara las respuestas de la persona a todos los demás reactivos.

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

ESCALAS CLINICAS

Escala 1 (Hs)

Los hombres normales que ofrecen una puntuación alta en esta escala, de acuerdo con el estudio de Hathaway y Meehl (1951) son sociables, entusiastas, amables, con amplia variedad de intereses, versátiles, en tanto que las mujeres son modestas, francas, ordenadas y comunicativas.

Las características del grupo psiquiátrico con alta puntuación en esta escala son: cansancio, tendencia a la inactividad, letárgico, sentirse enfermo, insatisfecho, derrotista acerca del tratamiento egoísta, narcisista y pesimista. Las implicaciones diagnósticas de una puntuación elevada en esta escala incluyen: (1) hipocondrías y neurastenia, (2) reacciones depresivas.

rasgos de angustia, melancolia involutiva, depresivos agitados, (3) histeria, (tanto de ansiedad como histeria de conversión).

Los pacientes con puntuación alta en la escala 1 (Hs) 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. Son pacientes generalmente egocéntricos que se quejan mucho de sus síntomas, no aceptan fácilmente el hecho de que la sintomatología que presentan tenga un origen psicológico, ni tampoco se dan cuenta de que en realidad requieren psicoterapia para resolver el interés extremo que muestran sobre su salud.

La puntuación baja es de 11 o menos frases calificables como 1 (Hs) y se encuentran en personas que ofrecen muy poca o ninguna preocupación somática. Mas de 24 respuestas se encuentran en pacientes con gran número de padecimientos somáticos, fatiga y mucha debilidad.

Escala 2 (D)

La escala 2 (D) se caracteriza a menudo como la "escala del estado de ánimo", ya que es posible por medio de ella encontrar estados emocionales momentáneos y transitorios. Como se mencionó anteriormente fue diseñada como una medida del "grado de depresión", cuadro psicológico que expresa baja moral, sentimiento de desesperanza y tristeza. La escala varía de acuerdo con la forma en que fluctúan esos

estados de animo. Dado que la depresión es uno de los principales cuadros característicos de todo paciente psiquiátrico, no es sorprendente encontrarla en elevada proporción en el perfil del MMPI y que repetidamente sea el punto más alto del perfil dentro de la población de pacientes con padecimientos psiquiátricos.

El grupo normal que ofrece una puntuación alta en esta escala esta integrado por personas que pueden describirse como serias, modestas, individualistas, con intereses estéticos, insatisfechas con el medio y con ellas mismas, tienen tendencias a preocuparse demasiado, emotivas, de temperamento nervioso, generosos y sentimentales.

Otra característica del grupo de sujetos normales con escala 2 (D) elevada 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 mantiene relaciones a distancia y sin afecto. Evitan a cualquier precio el afrontar situaciones desagradables.

La puntuación baja en la escala 2 se encuentra raramente en pacientes psiquiátricos. Probablemente lo que esta puntuación baja refleja es falta, ausencia de depresión y tendencia al entusiasmo, adecuada confianza en si mismo, actividad, energía, estabilidad, buen sentido del humor, inquietud, impulsividad, comunicación y espontaneidad. Las

mujeres con puntuación baja en esta escala que fueron estudiadas por Hathaway y Meehl (1951) son adaptables, prácticas, cooperadoras, razonables y sociales.

Escala 3 (Hi)

La escala 3 (Hi) como la 2, está integrada por 60 frases y, como se menciona anteriormente, se integró con objeto de identificar a pacientes que padecían de histeria de conversión.

Sin embargo, entre sujetos normales con escala 3 alta se encuentran características de la personalidad tales como: idealista, ingenuo, social, perseverante, comunicativo, afectuoso, sentimental, individualista, infantil, impaciente, inhibido, entusiasta, accesible y colaborador en actividades sociales.

En las mujeres es más frecuente que en los hombres, ya que esta escala elevada casi no se observa entre los hombres normales pero sí entre las mujeres normales. La mujer con esta escala alta es generalmente irritable, con molestias de las que se queja con frecuencia, dependiente, lisonjera, devota, amistosa y leal.

Los pacientes psiquiátricos con puntuación alta en esta escala sufren con frecuencia de taquicardia y cefaleas, y, en sus relaciones familiares los casados tienen problemas matrimoniales y los solteros problemas con los otros miembros de la familia. Estos pacientes generalmente no ofrecen cuadros de perturbaciones psicóticas ni de manifestaciones sintomáticas.

Cuando la puntuación de la escala 3 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.

Se puede decir que existen dos componentes de la escala 3. Una consiste en molestias somáticas y cercanamente asociado a escala 1. El otro componente parecen expresar que el sujeto es capaz de controlar su neurosis manteniendo un cuadro adecuado, ya que los pacientes señalan que no se deprimen, que nada les pasa y que todo marcha bien.

Escala 4 (Dp)

Los sujetos normales que ofrecen puntuación elevada en esta escala, integrada por 50 frases, tiene como características principales el ser rebeldes, cínicos, no hacen caso de reglas establecidas en su grupo social, son agresivos con las damas, egoístas; son por otra parte sujetos entusiastas, francos, individualistas, se preocupan demasiado y son muy sensibles. Los grupos de sujetos universitarios que presentan elevada escala 4, generalmente son personas que resienten la autoridad y se muestran hostiles con sus padres, a quienes culpan de todos los problemas por los que el estudiante pasa. Generalmente, el universitario con elevación en esta escala se resiste a la psicoterapia y tiende a la intelectualización.

Hathaway y Monachesi (1963) señalan que cuando la escala 4 es el punto más elevado, también se encuentra acompañada

con las escalas 1, 7 y principalmente la 2, el cuadro de delincuencia es menor, pero cuando la escala 4 se encuentra en combinación en elevación con las escalas 3, 8 y principalmente la 9, la delincuencia es mucho más frecuente.

La puntuación baja de la escala 4 está representada por personas que, de acuerdo con la descripción de Hathaway y Meehl, son convencionales y de pocos intereses. Son más bien sumisas, complacientes, aceptan la autoridad y en este sentido hacen todas las cosas que se les prescriben. Son asimismo personas de buen temperamento, persistentes, y tienen metas adecuadas. Son personas agradables, un tanto tímidas, sinceras y confiables.

Generalmente, el paciente con escala 4 como pico del perfil puede comportarse como persona normal durante varios años entre una crisis y otra. Padecen de breves periodos de excitación psicopática o depresión posterior al surgimiento de una serie de actos antisociales. Este grupo difiere de algunos tipos de criminales ya que estas personas realizan sus actos antisociales con poca comprensión o sin ninguna idea de las posibles ganancias que los actos en sí tengan para ellos, sin intentar el evitar ser descubiertos. La mayoría de los autores que han investigado estos grupos de pacientes con escala 4 elevada señalan que ninguna psicoterapia es especialmente efectiva con el paciente, va que existe dificultad para que modifique su conducta, pero a la larga con el tiempo y una orientación hábil y cuidado puede conducirsele a lograr una adaptación adecuada.

Escala 5 (Mf)

La escala 5 está integrada por setenta frases y tiene el objetivo 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. Existen sin embargo, una serie de factores que deben de considerarse a este respecto. Para cualquiera de los dos sexos, una puntuación elevada en esta escala implica una orientación en dirección al sexo opuesto. Esto no implica que el sujeto que ofrece una puntuación alta en esta escala tenga inclinaciones homosexuales. Lo que se encuentra entre sujetos normales es la característica de pasividad y dependencia, entre hombres, sensibilidad, idealismo, sociabilidad, con intereses estéticos, filosóficos, socialmente perceptivos y capaces de darse cuenta y reaccionar ante las sutilezas involucradas en las relaciones interpersonales, ofreciendo inferencias prácticas y valiosas.

Todos estos atributos relacionados con la forma en que el individuo responde en su interacción personal, muestra entre los sujetos de escala alta 5: juicio, sentido común y buen razonamiento. Son además personas con fluidez de expresión, con facilidad de palabra que les permite comunicar claramente sus ideas y son de tal forma efectivos y convincentes que logran que otras personas lleguen a estar de acuerdo con el punto de vista que exponen. Los sujetos normales masculinos son también personas eruditas,

inteligentes, caballerosas, maduras y con gran variedad de intereses.

Las mujeres que ofrecen puntuación alta en esta escala no tienen los rasgos psicológicos correspondientes a los hombres, sino que son más bien 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.

El hombre con escala 5 alta, tiene características relacionadas con la interpretación o apreciación positiva de las artes, la música, la literatura, y como ideales de la educación la conducta pacífica, sin violencia, estabilidad cultural, armonía entre los hombre y las sociedades del mundo. La mujer no ofrece necesariamente estas características que se encuentran en los hombres que llegan a tener una puntuación elevada en la escala 5.

La puntuación baja en esta escala ofrece un grupo de sujetos masculinos dados a la acción, atrevidos, vulgares, obscenos, rudos, repulsivos, poco caballeros, toscos. La mujer por otra parte, es sensible e idealista, modesta y con buen sentido común.

Escala 6 (Pa).

Esta escala está integrada por 40 frases originalmente diseñadas con fines de encontrar pensamiento o ideas

paranoides. Como se mencionó anteriormente, el criterio utilizado originalmente para clasificar este grupo, fue usar diferentes categorías de pacientes paranoides, principalmente estado paranoide, condiciones paranoides, y esquizofrenia paranoide ya que todas estas clasificaciones tiene en común los síntomas clásicos psiquiátricos tales como: ideas de referencia, sensibilidad en las relaciones interpersonales, actitudes sospechosas, rigidez, adherencia inflexible a ideas y actitudes, sentimientos o ideas de persecución, ideas de grandeza y percepciones inadecuadas.

Generalmente pueden encontrarse los rasgos paranoides antes mencionados en personas que dan la impresión de encontrarse bien orientadas en tiempo y espacio, y las ideas de referencia integradas con la estructura de su manera de pensar, pero pueden mostrar malas interpretaciones de las situaciones en tal forma que la percepción pareciera estar en desacuerdo con sus habilidades e inteligencia. Estas características paranoides aparecen en esquizofrénicos o en reacciones depresivas y pueden ser temporales, reversibles o progresivas.

Los sujetos normales con escala 6 alta 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 o decir de ellos. Son personas amables, afectuosas, generosas. Los hombres son especialmente bondadosos, sentimentales, con amplitud de intereses.

Puede observarse que una persona con puntuación alta dentro de lo normal en la escala 6, contrasta con las características del grupo patológico del que se deriva esta escala.

Las mujeres con puntuación alta dentro del grupo normal también son emotivas, bondadosas, sensitivas en sus relaciones interpersonales, francas y tensas.

Cuando la puntuación de la escala 65 es la más alta entre todas las escalas clínicas, el perfil es realizado raramente entre sujetos normales y aun en grupos de enfermos, pero cuando se presentan, significan o se correlacionan con características personales tales como astucia, severidad y abuso; además son infantiles cuando la escala 1, 8 y 9 son también altas, pero si las escalas que acompañan a la 6 en elevación son la 3 o la 7, la característica de personalidad es madurez y no infantilidad.

Cuando la escala 6 es baja, se encuentra que los sujetos son equilibrados, serios, maduros en su manera de enfrentar la vida, razonables, confiables, íntegros.

Escala 7 (Pt)

Esta escala está integrada por 48 frases elaboradas con el propósito de encontrar características de personalidad clasificada como psicastenia, término introducido por Janet y que acualmente se encuentra en desuso. Las características de ella incluyen reacciones fóbicas y obsesivo-compulsivas. Las personas dentro de esta categoría están caracterizadas por excesivas dudas, dificultad en lograr decisiones, gran

variedad de temores, excesiva preocupación obsesiva, actos compulsivos y ritualistas, perfeccionista en sus exigencias tanto de sí mismas como de otras personas. La tendencia a la conducta obsesivo-compulsiva se manifiesta por medio de angustia, inseguridad, desconfianza en sí mismos con un panorama del mundo generalmente amenazador, hostil y angustioso. La caracterizan sentimiento de culpa constantes. Cada paciente está caracterizado por diferentes temores de tipo específico, preocupaciones diversas y actos compulsivos variados, lo cual presenta innumerables tipos diferentes de obsesivo-compulsivos, pero esto no impide que se les clasifique dentro de un sólo grupo caracterizado por un patrón común de homogeneidad. Sólo en casos extremos el obsesivo-compulsivo busca la ayuda psicológica en los hospitales, sin embargo, se le encuentra constantemente en la consulta privada.

Los temores y preocupaciones varían de una persona a otra, por lo tanto, las frases no son suficientes para poder superar la estructura de personalidad de todo este grupo. La mayoría de los autores señalan que la personalidad latente del paciente es la que se refleja en el contenido de las frases de la escala. Como en el caso de todas las otras escalas clínicas, no siempre el grupo obsesivo-compulsivo se presentará acompañada de otras escalas, por ejemplo 2-7, 2-7-4, 2-7-8, etc.

Muchas personas muestran fobias o conducta compulsiva sin encontrarse grandemente incapacitadas por la perturbación. Fobias tales como botofobia (miedo a los sótanos), ginofobia

(miedo a la mujer), nictofobia (miedo a la oscuridad), peccatofobia (miedo a pecar), fobofobia (miedo al miedo), o compulsiones tales como contar objetos, o regresar constantemente para verificar si la puerta está cerrada, pocas veces conducen al individuo a buscar ayuda psicoterapéutica o sentirse incapacitado.

Frecuentemente la tendencia del obsesivo-compulsivo son a menudo esquixoides, y sus obsesiones y compulsiones son tan irracionales como algunas de las ideas raras de la persona completamente esquisofrénica. Pocas de las personas con puntuación 7 alta se encuentran severamente enfermas para requerir hospitalización. Generalmente estas personas pasan por épocas muy difíciles sufriendo sus síntomas, pero rara vez se ven en la situación de no poder continuar con sus ocupaciones cotidianas. El cuadro más incapacitante de las variedades de la escala 7 alta está caracterizado por una actitud que pudiera llamarse "introspectivamente compulsiva", en la que el paciente se siente incapaz de enfrentarse por sí solo a los problemas que le perturban y por lo tanto se ven en la necesidad de solicitar ayuda.

Un aspecto importante e interesante del cuadro obsesivo-compulsivo es que aunque la persona tiene la tendencia de ser exacta y rígida en ciertos aspectos de su conducta, puede ser contrastantemente opuesta en otras, es decir, existe inconsistencia en la manera de comportarse. Un paciente inmensamente compulsivo en la presentación nitida de su persona puede mantener su cuarto sucio, con la ropa sucia

tirada en todo el cuarto y todo en desorden. Otra persona puede ser excesivamente rígida y exigente con la conducta de otros y de ella misma en ciertas áreas, pero por contraste puede ser excesivamente ilógica y descuidada en otros aspectos de su vida.

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

La mujer con puntuación alta en esta escala es sensitiva, emotiva, dada a preocuparse demasiado y con una variedad de componentes neuróticos.

Escala 8 (Es)

Es bien conocido por el estudiante de psicopatología que las esquizofrenias son el grupo más difícil para poder formular un sistema de evaluación de lo raro, extraño, poco usual y complejo de esta tan discutida enfermedad. La escala del MMPI debería incluir una gran variedad de frases, pero la esquizofrenia es demasiado compleja y heterogénea para que esto pueda lograrse.

Hathaway y Mckinley (1951) le dedicaron más tiempo y mayor investigación a la estructuración de esta escala que a ninguna otra y sin embargo, todavía es considerada como una de las más débiles y las razones son obvia, dado lo complejo de esta entidad. Aún con la introducción de la escala de corrección K, que materialmente mejoró la operación de la

escala 8, la proporción de detección de la perturbación no mejoró más allá del 60%.

Muchos aspectos pueden mencionarse respecto a las características del esquizofrénico, pero los rasgos más importantes son su incongruencia de afecto, el fraccionamiento en el proceso del pensamiento y lo extraño del contenido de éste. Como resultado de ello, muchos clínicos, al interrogar a un esquizofrénico, se preguntan a sí mismos cómo llegaron a cierto tópico de la entrevista con el paciente, ya que la progresión hacia una meta de pensamiento del esquizofrénico es demasiado errática, desviada y frecuentemente interrumpida.

Además los esquizofrénicos no tienen interés en el medio ambiente y generalmente dan la impresión de encerrarse en sí mismo y se mantienen o pueden mantenerse fuera de todo contacto con el mundo.

La escala 8 del MMPI tiene 78 frases y es la más numerosa de todas las escalas clínicas. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, es una de las escalas más débiles. Lo extraño de las frases es asociado clásicamente con la esquizofrenia, como lo es también el contenido que implica aislamiento emocional, relaciones inadecuadas con los familiares, apatía e indiferencia.

Muchos sujetos pueden ofrecer una puntuación superior a T 70 sin ser esquizofrénicos, buen número de neuróticos excitados superan esta puntuación, como también sujetos con personalidad esquizoide que dan la impresión de ser extraños,

raros individualistas, poco convencionales con sus amistades pero que son aún capaces de mantener una adaptación social adecuada y una favorable actitud hacia el trabajo que realizan.

En relación a las personas que no son diagnosticadas como esquizofrenicas, pero que ofrecen una alta puntuación en esta escala es conveniente señalar algunas observaciones importantes. Generalmente, estas personas están caracterizadas por patrones sintomáticos complicados. Se puede pensar que todos los adultos con una puntuación elevada en esta escala tienen mentalidad esquizoide. La esquizofrenia se diagnostica cuando sus síntomas se vuelven lo suficientemente intensos y dan como resultado la enfermedad francamente definida. Muchas personas esquizoides no se encuentran clínicamente enfermas porque sus síntomas no son tan severos para ocasionarles contrastes extremos con el medio ambiente. Estas personas, aunque generalmente son conocidas por sus amistades como raras, peculiares, aisladas y extrañas, son capaces de mantenerse por si solas, trabajar y llevar vidas relativamente normales. El sujeto normal con puntuación alta en esta escala es una persona difícil en sus relaciones interpersonales, negativo, apático, extraño, con poco talento social.

Los pacientes en psicoterapia con puntuación alta en esta escala son descritos por su psicoterapeuta como personas que tienen una serie de dificultades; inclusive presentan conflictos internos severos: Se observa que la forma de comportarse señala irritabilidad, resentimiento,

quisquilloso, que indudablemente sugieren la dificultad que tienen en manejar y expresar su agresión. Son personas impulsivas, hostiles, desordenadas, que se manifiestan con una conducta inmadura..

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

Según Guthrie (1952), la estructura psicológica del sujeto adulto con puntuación demasiado alta en la escala 8 es prepsicótica, con periodos breves de manifestaciones psicóticas, desorientación en tiempo y espacio, desconocimiento total de la enfermedad que les afecta, hostilidad incontrolada, falta de introspección en sus problemas de personalidad y manifestaciones hipocondríacas.

La puntuación baja en la escala 8 se observa en personas equilibradas, quienes buscan poder y reconocimiento por medio de la productividad. Sin embargo tiene la tendencia a la sumisión y al reconocimiento casi incondicional de figuras autoritarias. Son personas convencionales, responsables, conservadoras, amistosas y honestas.

Escala 9 (Ma)

El objeto de esta escala fue poder diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maniaco-depresivas tipo maniaco. Este cuadro clínico se caracteriza por una actividad intensa, gran distracción, relación

inestable, incansable, insomnio, hipertiroidismo, actitud de desconfianza y además megalomanía. El lenguaje es generalmente rápido reflejando pensamiento bajo gran tensión; algunos clínicos piensan que este estado es una defensa en contra de la depresión.

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

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

Algunos investigadores han señalado que cuando la escala 9 es el punto más alto en el perfil, el paciente en psicoterapia muestra gran resistencia en forma de intelectualización, cambiando constantemente de tema en las sesiones, repitiendo constantemente el mismo problema en forma estereotipada; además este tipo de pacientes mantiene una relación enormemente hostil con el psicoterapeuta.

Las personas con puntuación más baja en la escala 9 son modestas convencionales, aisladas y humildes. Si la puntuación es baja, no necesariamente la más baja en las escalas clínicas, como los sujetos en el estudio de Hathaway y Meehl (1951), son personas prácticas, confiables,

adaptables y ordenadas. Es decir, la puntuación baja es un buen índice para predecir conducta adecuada, principalmente en perfiles de adolescentes (Hathaway y Monachesi, 1963).

Las características del hipomaniaco son transformadas por así decirlo en entusiasmo, hiperactividad y optimismo, que contrastaban con las del depresivo.

Existen personas aparentemente normales que se sienten y dan impresión de estar perfectamente bien; son entusiastas, energicas y optimistas, pero el grado en que utilizan sus energias es generalmente insuficiente porque intentan hacer muchas cosas a la vez. Frecuentemente estas personas se encuentran plétóricas de ideas, que pueden ser básicamente buenas pero no son adecuadamente elaboradas y las ponen en acciones que raramente llegan a conclusiones satisfactorias. Emocionalmente este paciente es demasiado feliz, pero se muestra impaciente y a veces expresa ideas de tristeza y frustración, su estado de animo cambia rapidamente, en pocos minutos o en pocas horas, de una fase a otra, a menudo sin que ningún estímulo del medio ambiente corresponda a este cambio. Se puede verificar durante largos periodos de observación que estos pacientes sufren de fases definidas más bien de depresión que por euforia. Entre las características de estos pacientes también se encuentra egocentricidad, falta de apreciación de la ineptitud de la conducta y cierto desprecio por las demás personas y por los convencionalismos sociales. En este último sentido pueden hasta llegar a tener dificultad con las autoridades.

El cuadro maniaco ha sido dividido en tres grados: Hipomanía, manía aguda y manía leve; el paciente puede ser ambulatorio energético, deseoso de realizar muchas labores, monopolizar conversaciones, se siente dueño del mundo, pero no solamente es eufórico y animado sino que puede comportarse impulsivamente; puede por ejemplo presentar un cuadro de sexualidad promiscua durante un episodio hipomaniaco y posteriormente, después de la remisión del episodio, considerar su conducta anterior con sentimiento de culpa y remordimiento. El hipomaniaco se puede diferenciar de la persona con sentido del humor genuino en el hecho de sentirse enormemente irritado ante la frustración más trivial.

En el cuadro de manía aguda el paciente se exalta, muestra lenguaje y pensamiento acelerado, elación, excitación motora, delirios de grandeza que expresa con ideas irreales de poder, riqueza, fuerza o inteligencia brillante. Es amistoso y genial, pero a medida que se excita se vuelve más sarcástico, irritable, vulgar, agresivo y aun violento. Ignora las consecuencias de su conducta, muestra episodios de llanto de acuerdo a la fluctuación emocional, no le importa su apariencia y habla incesantemente. El cuadro de manía delirante se caracteriza por excitación furiosa, el paciente ríe y grita constantemente, su lenguaje es tan rápido que no se le comprende, rompe su ropa y desordena los muebles a veces volcándolos o arrojándolos de un lado a otro, presenta ideas de persecución y de grandeza. Su memoria y orientación permanecen intactas durante el ataque y puede vivenciar alucinaciones.

Escala O (Si)

Esta escala fue originada con sujetos normales y se buscó con ella la tendencia a la introversión o la extroversión social. Las puntuaciones elevadas apuntan a conducta o tendencia a la introversión y las puntuaciones bajas señalan tendencia a la extroversión. Es decir, las puntuaciones altas en esta escala se encuentran en personas apáticas, conscientes de sí mismas, tímidas, inseguras, modestas con falta de originalidad en la resolución de sus problemas, incapaces de hacer decisiones, lentas, rígidas, inflexibles en sus pensamientos y acciones, extremadamente controladas e inhibidas y con falta de confianza en sus propias habilidades. 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.

2.13 Procedimiento

Para la aplicación del instrumento multifásico de la personalidad fue necesario realizar 3 reuniones con 10 padres cada una.

Las instrucciones fueron de la siguiente forma:

"En el folleto que se le da, no puede escribir nada. Todas sus respuestas, incluyendo los comentarios que quiera hacer, deben ir anotados en la hoja de respuestas que está aparte. Tiene que leer todos los reactivos que aparezcan

escritos en el folleto, cada uno tiene un número y es el mismo que aparece en las casillas correspondientes de la hoja de respuestas. Al ir leyendo, debe pensar si lo que dice cada reactivo es cierto o falso para usted. Si considera que es cierto debe marcar en la casilla la rueda que aparece frente a la letra C; si es falso, lo que aparece frente a la letra F. No piense en sí o no, porque en su hoja de respuestas no hay lugar para estas posibilidades y algunos reactivos están expresados en forma negativa, lo que puede hacer que se confunda al contestar.

Trate de contestar todos los reactivos. En caso de que no entienda alguna palabra o el sentido de alguna frase, marque con un círculo alrededor del número del reactivo, para que después se le explique y pueda contestarlo".

Una vez aplicado el instrumento, se procedió al análisis de resultados, por medio de un "Paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales, S.P.S.S." en su versión número tres, a través de computadora personal "PC"

2.14 Análisis estadístico de datos

El análisis estadístico se realizó en tres etapas, conformadas por las siguientes operaciones:

En la primera etapa se utilizó una medida de tendencia central como lo es la media aritmética la cual se obtiene sumando un conjunto de porcentajes y dividiendo el número de estos.

Su fórmula es:

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

X= la media

E= la suma

X= un puntaje no procesado en un conjunto de datos

N= el número total de puntajes en un conjunto.

Otras de las fórmulas que se utilizaron para obtener los resultados fueron las medidas de dispersión tales como el rango y la desviación estandar.

Se entiende por rango la diferencia entre el puntaje más alto y el más bajo de la distribución.

La desviación estandar representa la variabilidad promedio de una distribución, ya que mide el promedio de desviación de la media, o sea, es la raíz cuadrada de la media de las desviaciones de la media de una distribución elevada al cuadrado.

$$= \frac{E X^2}{N}$$

= desviación estandar

EX = la suma de las desviaciones de la media al cuadrado

N = El número total de puntajes

La segunda etapa la constituye la correlación producto-momento de Pearson la cual tiene por objeto relacionar 2 puntuaciones a nivel intervalar.

$$r = \frac{NEXY - (EX)(EY)}{\sqrt{(NEX^2 - (EX)^2)(NEY^2 - (EY)^2)}}$$

r = coeficiente de correlación de Pearson
N = el número total de pares de puntajes X y Y
X = puntaje crudo en la variable X
Y = puntaje crudo en la variable Y

En la tercera etapa se utilizó el análisis de varianza con objeto de conocer si existen diferencias significativas entre las variables independientes con relación a las escalas del M.M.P.1., éste permite también diferenciar con respecto a las medias en dos o más grupos.

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{-----}}$$

0

t = análisis de varianza
X = variación entre grupos
0 = variación dentro de los grupos

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CAPITULO III
RESULTADOS

III. RESULTADOS

La presente investigación tiene por objeto determinar si existen rasgos de personalidad en padres con hijos deficientes mentales, evaluados a través del instrumento M.M.P.I., utilizando un Paquete estadístico en el cual se puede analizar y cuantificar los datos obtenidos en el M.M.P.I.

Los resultados se analizaron por medio de un paquete denominado "Paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales, S.P.S.S." en su versión número tres, a través de computadora personal "P.C."

El análisis estadístico se realizó en tres etapas:

La primera parte del análisis, quedó conformada por el tipo descriptivo, el cual permitió obtener datos como rangos, media y desviación estándar; estos datos, para cada una de las escalas clínicas y de validez del M.M.P.I., así como los datos sociodemográficos.

La segunda parte quedó conformada por la correlación de Pearson, con el fin de obtener la relación que existe entre el C.I. de los adolescentes y las puntuaciones de los padres en las diferentes escalas del M.M.P.I.

La tercera etapa consistió en el análisis de varianza, para obtener la diferencia significativa con respecto a las escalas del M.M.P.I., el sexo, el nivel socioeconómico y la capacidad intelectual por grupos.

3.1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

3.1.1 DISTRIBUCION POR SEXO

Con respecto al sexo de los padres se observa que tanto para el grupo de adolescentes con C.I. severo y moderado el 66.7% fueron mujeres las que se entrevistaron y el 37.3% hombres; no obstante, en el grupo de adolescentes con C.I. ligero el % fue equitativo ya que el 58.3% fueron mujeres y 41.7% hombres. (Ver tabla 1).

TABLA 1 Distribucion por sexo

Sexo	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
Femenino	2	66.7	10	66.7	7	58.3
Masculino	1	33.3	5	33.3	5	41.7

3.1.2 DISTRIBUCION POR NIVELES SOCIECONOMICOS

Con respecto al nivel socioeconómico de los padres, se observa que el 66.7% de familias que tienen hijos con un C.I. severo pertenecen a un estatus social bajo y un 33.3% a un nivel alto, con respecto al C.I. moderado el porcentaje es equitativo en los tres niveles ya que el 20% pertenece al nivel alto, el 33.3% al nivel medio y el 46.7 al nivel bajo, respecto al porcentaje del C.I. ligero fue equitativo en el nivel alto y medio 50.0% y 41.7% respectivamente, no así en el nivel socioeconómico bajo al que pertenece el 8.3% (ver tabla 2).

TABLA 2 Distribucion por nivel socioeconómico

N. S.	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
Alto	1	33.3	3	20.0	6	50.0
Medio		.	2	33.3	5	41.7
Bajo	2	66.7	7	46.7	1	8.3

3.2 ESCALAS DE VALIDEZ

Escala L

En la escala de validez "L" (indica el grado de franqueza del sujeto) los resultados en el grupo de C.I. severo tienen un rango de 1 a 10, una media de 2.33, y una desviación estandar de 4.72. Para el grupo de C.I. moderado el rango es de 1 a 13, con una media de 8.06, desviación estandar de 3.32. Para el grupo de C.I. ligero el rango es de 3 a 13, la media de 8.08, y la desviación estandar de 2.50. (Ver tabla 3).

TABLA 3 DISTRIBUCION DE LA ESCALA L

Rango	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
1	1	33.3	1	66.7	-	-
2	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	1	8.3
4	-	-	2	13.3	-	-
5	-	-	-	-	-	-
6	-	-	2	13.3	2	16.7
7	-	-	-	-	1	8.3
8	1	33.8	1	6.7	3	25.0
9	-	-	4	26.7	2	16.7
10	1	33.8	3	20.0	2	16.7
11	-	-	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-
13	-	-	2	13.3	1	8.3
	-----		-----		-----	
	3		15		12	

Escala F

En la escala "F" (indica la forma de resolver la prueba.) los resultados en el grupo de C.I. severo tienen un rango de 5 a 12 una media de 8.66. y una desviación estandar de 47.6 Para el grupo de C.I. moderado el rango es de 3 a 14, una media de 7.06 y una desviación estandar de 2.98. Para el grupo de C.I. ligero, el rango es de 1 a 26, una media de 10.91 y la desviación estandar de 7.11. (Ver tabla 4).

TABLA 4 DISTRUBUCION DE LA ESCALA F

Rango	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
1					1	8.3
2						
3			1	6.7		
4			4	26.7	2	16.7
5	1	33.3				
6						
7			3	20.0		
8	1	33.3	4	26.7	3	25.0
9			1	6.7		
10						
11			1	6.7	1	8.3
12	1	33.3			1	8.3
13						
14			1	6.7	1	8.3
15					1	8.3
16						
17						
18						
19						
20					1	8.3
21						
22						
23						
24						
25						
26					1	8.3

Escala K

La escala "K" indica la forma de defenderse clinicamen
 Para el grupo de C.I. severo el rango es de 7 a 11, con
 media de 9.33 y la desviación estandar de 2.08. Para
 grupo de C.I. moderado el rango es de 5 a 19 obteniendo
 media de 14.66 y una desviación estandar de 4.01. Para
 grupo de C.I. ligero el rango es de 7 a 19 con una media
 13.33 y una desviación estandar de 3.55. (Ver tabla 5).

TABLA 5 DISTRIBUCION DE LA ESCALA K

Rango	Severa		Moderada		Ligera	
	F	%	F	%	F	%
1						
2						
3						
4						
5			1	6.7		
6						
7	1	33.3			1	8.3
8						
9						
10	1	33.3	1	6.7	1	8.3
11	1	33.3	1	6.7	2	16.7
12			1	6.7	2	16.7
13			2	13.3	1	8.3
14			1	6.7	1	8.3
15						
16						
17			5	33.3	3	25.0
18						
19			3	20.0	1	8.3
	3		15		12	

3.3 ESCALAS CLINICAS (M.M.P.I.)

Escala 1 Hs

Se observa en la escala 1 (hipocondriasis), que en el grupo de C.I. severo el rango es de 15 a 19, con una media de 17.66 y una desviación estandar de 2.30. Para el grupo de C.I. moderado el rango es de 9 a 28, con una media de 17.53 y una desviación estandar de 4.76. Con respecto al C.I. ligero el rango es de 12 a 26, con una media de 19.09 y una desviación estandar de 4.77. (Ver tabla 6).

TABLA 6 DISTRIBUCION DE LA ESCALA Hs

Rango	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
9			1	6.7		
10						
11						
12			1	6.7	2	16.7
13					1	8.3
14						
15	1	33.3	2	13.3	1	8.3
16			3	20.0	1	8.3
17			2	13.3	1	8.3
18			3	20.0	1	8.3
19	2	66.7			1	8.3
20						
21						
22						
23					3	25.0
24			2	13.3		
25						
26					1	8.3
27						
28			1	6.7		
	-----		-----		-----	
	3		15		12	

Escala 2 D

En la escala 2 (Depresión), el grupo con C.I. severo obtuvo un rango de 23 a 25, con una media de 24.00 y una desviación estandar de 1.00. Con respecto al grupo de C.I. moderado el rango fue de 20 a 33, con una media de 20,40 y una desviación estandar de 3.69. Para el grupo de C.I. ligero el rango fue de 23 a 31, con una media de 26.50 y una desviación estandar de 2.68. (Ver tabla 7).

TABLA 7 DISTRIBUCION DE LA ESCALA D

Rango	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
20			1	6.7		
21						
22			1	6.7		
23	1	33.3	2	13.3	1	8.3
24	1	33.3	1	6.7	3	25.0
25	1	33.3	2	13.3	2	16.7
26						
27			2	13.3	1	8.3
28			2	13.3	2	16.7
29			1	6.7	1	8.3
30					1	8.3
31			2	13.3	1	8.3
32						
33			1	6.7		
	-----		-----		-----	
	3		15		12	

Escala 3 HI

En la escala HI (histeria) el grupo de C.I. severo obtuvo un rango de 20 a 23, con una media de 21.33 y una desviación estandar de 1.53, para el grupo de C.I. moderado el rango fue de 12 a 33 y una media de 22.80, con una desviación estandar de 6.09. Para el grupo de C.I. ligero el rango fue de 12 a 32, con una media de 21.75 y una desviación estandar de 5.39. (Ver tabla 8).

TABLA 8 DISTRIBUCION DE LA ESCALA HI.

Rango	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
12			1	6.7	1	8.3
13						
14						
15			1	6.7		
16						
17			1	6.7	1	8.3
18			1	6.7	1	8.3
19			1	6.7	1	8.3
20	1	33.3	1	6.7	2	16.7
21	1	33.3	1	6.7	1	8.3
22						
23	1	33.3			1	8.3
24			2	13.3		
25			1	6.7	1	8.3
26			1	6.7	1	8.3
27						
28			2	13.3	1	8.3
29						
30						
31						
32			1	6.7	1	8.3
33			1	6.7		
	-----		-----		-----	
	3		15		12	

Escala 4 Dp.

En la escala Dp (desviación psicopática) para el grupo de C.I. severo el rango fue de 21 a 28, con una media de 24.33 y una desviación estandar de 3.51. Para el grupo de C.I. moderado el rango fue de 17 a 36, con una media de 22.93 y una desviación estandar de 5.35. Con respecto al grupo de C.I. ligero el rango fue de 18 a 36, con una media de 25.16 y una desviación estandar de 4.74. (Ver tabla 9).

TABLA 9 DISTRIBUCION DE LA ESCALA Dp

Rango	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
17			2	13.3		
18			3	20.0	1	8.3
19			1	6.7		
20					2	16.7
21	1	33.3				
22			1	6.7		
23			1	6.7		
24	1	33.3	1	6.7	1	8.3
25			1	6.7	3	25.0
26			3	20.0	2	16.7
27						
28	1	33.3			1	8.3
29			1	6.7	1	8.3
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36			1	6.7	1	8.3
	---		---		---	
	3		15		12	

Escala 5 Mf

la escala Mf (masculino-femenino) el grupo de C.I. severo rango fué de 22 a 28, con una media de 26.00 y una desviación estandar de 3.46. Para el grupo de C. I. moderado el rango fué de 23 a 39, con una media de 30.00, una desviación estandar de 4.72. Para el grupo de C.I. ligero el rango fué de 23 a 39, con una media de 29.50 y una desviación estandar de 4.89. (Ver tabla 10).

Tabla 10 DISTRIBUCION DE LA ESCALA Mf

Rango	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
22	1	33.3				
23			1	6.7	1	8.3
24			2	13.3	1	8.3
25					1	8.3
26			1	6.7	1	8.3
27			1	6.7	1	8.3
28	2	66.7	2	13.3	1	8.3
29					1	8.3
30			1	6.7		
31						
32			1	6.7	1	8.3
33			1	6.7	1	8.3
34			4	26.7	2	16.7
35						
36						
37						
38						
39			1	6.7	1	8.3
	-----		-----		-----	
	3		15		12	

Escala 6 Pa

En la escala Pa (paranoia), en el grupo de C.I. severo el rango fue de 8 a 11, con una media de 9.66 y una desviación estandar de 1.52. Para el grupo de C.I. moderado el rango fue de 2 a 21, con una media de 9.46 y una desviación estandar de 4.65. Para el grupo de C.I. ligero el rango fue de 8 a 21, con una media de 12.33 y una desviación estandar de 4.49. (Ver tabla 11).

TABLA 11 DISTRIBUCION DE LA ESCALA Pa

Rango	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
2			1	6.7		
3						
4			2	13.3		
5						
6						
7						
8	1	33.3	4	26.7	3	25.0
9			2	13.3	1	8.3
10	1	33.3	1	6.7		
11	1	33.3			1	8.3
12			2	13.3	4	33.3
13			1	6.7		
14			1	6.7	1	8.3
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21			1	6.7	2	16.7
	---		---		---	
	3		15		12	

Escala 7 Pt

En la escla Pt (psicastenia) para el grupo de C.I. severo el rango fue de 24 a 35, con una media de 28.66 una desviación estandar de 5.68. Para el grupo de C.I. moderado el rango fue de 23 a 37, con una media de 27.20 y una desviación estandar de 3.42. Para el grupo de C. I. ligero el rango fue de 22 a 37, con una media de 28.08 y una desviación estandar de 4.90 (Ver tabla 12).

TABLA 12 DISTRIBUCION DE LA ESCALA Pt

Rango	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
22					2	16.7
23			1	6.7		
24	1	33.3	2	13.3	1	8.3
25			2	13.3	1	8.3
26			3	20.0	1	8.3
27	1	33.3	1	6.7	1	16.7
28						
29			5	33.3		
30					2	16.7
31					1	8.3
32						
33						
34						
35	1	33.3				
36					1	8.3
37			1	6.7	1	8.3
	-----		-----		-----	
	3		15		12	

Escala 8 Es

En la escala Es (esquizofrenia) en el grupo de C.I. severo el rango fue de 18 a 41, con una media de 30.00 y una desviación estandar de 11.53. Para el grupo de C.I. moderado el rango fue de 24 a 41, con una media de 32.33 y desviación estandar de 7.51. Para el grupo de C.I. ligero el rango fue de 22 a 48, con una media de 33.08 y una desviación estandar de 9.37. (Ver tabla 13).

TABLA 8 DISTRIBUCION DE LA ESCALA Es

Rango	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
18	1	33.3				
19						
20						
21						
22					2	16.7
23						
24			3	20.0	2	16.7
25			1	6.7		
26						
27			1	6.7		
28						
29			2	13.3		
30					1	8.3
31	1	33.3	2	13.3	2	16.7
32						
33						
34			1	6.7		
35						
36						
37						
38			1	6.7	1	8.3
39			1	6.7	1	8.3
40						
41	1	33.3	2	13.3	1	8.3
42						
43						
44						
45						
46						
47					1	8.3
48					1	8.3
	----- 3		----- 15		----- 12	

Escala 9 Ma

En la escala Ma (mania) en el grupo de C.I. severo el rango fue de 15 a 22 y una media de 18.33 con una desviación estandar de 3.51. Para el grupo de C.I. moderado el rango fue de 11 a 25, con una media de 18.33 y una desviación estandar de 3.45. Para el grupo de C.I. ligero el rango fue de 11 a 33 con una media de 21.16 y una desviación estandar de 6.35. (ver tabla 14)

TABLA 14 DISTRIBUCION DE LA ESCALA Ma

Rango	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
11			1	6.7	1	8.3
12						
13						
14						
15	1	33.3	2	13.3		
16					1	8.3
17			3	20.0	1	8.3
18	1	33.3	3	20.0	1	8.3
19			2	13.3	1	8.3
20						
21			1	6.7	3	25.0
22	1	33.3	1	6.7	2	16.7
23			1	6.7		
24						
25			1	6.7		
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33					2	16.7
	3		15		12	

Escala 0 Si

En la escala Si (introversión-extroversión) en el grupo de C.I. severo el rango fue de 31 a 35, con una media de 33.00 y una desviación estandar de 2.00. Para el grupo de C. I. moderado el rango fue de 22 a 42, con una media de 33.00 y una desviación estandar de 5.41. Para el grupo de C. I. ligero el rango fue de 25 a 41 con una media de 34.00 y una desviación estandar de 5.32. (Ver tabla 15).

TABLA 15 DISTRIBUCION DE LA ESCALA SI

Rango	Severo		Moderado		Ligero	
	F	%	F	%	F	%
22			1	6.7		
23						
24						
25			1	6.7	1	8.3
26						
27			1	6.7	1	8.3
28						
29						
30					1	8.3
31	1	33.3	2	13.3	1	8.3
32			2	13.3	1	8.3
33	1	33.3	1	6.7	2	16.7
34						
35	1	33.3	3	20.0	2	16.7
36						
37						
38			2	13.3	1	8.3
39			1	6.7	2	16.7
40					1	8.3
41					1	8.3
42			1	6.7		
	3		15		12	

3.4 CORRELACION DE PEARSON

Para conocer cual es la relación existente entre las escalas del M.M.P.I. y el C. I. de los adolescentes, se aplicó el coeficiente producto-momento de Pearson, el cual tiene por objetivo relacionar dos puntuaciones a nivel intervalar.

Se observa en la correlación, que a mayor C. I. o sea deficiencia mental ligera, en la escala L presentan los sujetos gran necesidad de impresionar en forma favorable y de ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación al control de uno mismo y a principios morales establecidos, utilizan la represión, negación y rigidez excesiva.

Con respecto a la escala F, también existe una correlación a mayor C. I., lo cual indica fuerte tensión interna y la tendencia a la exageración de la propia problemática, ocasionada por la sensación de impotencia para manejarla por sí mismos. Son personas temperamentales, insatisfechas, inquietas y malhumoradas, obstinadas en sus opiniones, inestables, rebeldes y antisociales.

También hay una correlación en la escala Hs y el C. I. elevado, indicando la necesidad que tiene el sujeto de elaborar una defensa contra sus falias, a las que intenta justificar mediante sus molestias físicas.

En la escala D y el C. I. alto, también se observa una correlación, lo que significa sentimientos de pesimismo hacia las propias actividades, capacidades y metas, la

autocritica se convierte en el fundamento de una actitud derrotista y aprensiva, especialmente frente a las situaciones críticas que enfrenta. Se caracteriza por conducta indecisa y aislamiento, anorexia e insomnio.

En la escala Dp y el C. I. alto, esta correlación sugiere que el individuo es egoísta, narcisista, tiene dificultad para establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas, tiende a evitar responsabilidades y compromisos. Puede ser que el individuo trate de conseguir de inmediato lo que desea, en ocasiones sin reflexionar lo suficiente acerca de las consecuencias de sus actos, y sin capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades. También presentan problemas para establecer vínculos con figuras que representan autoridad, con dificultad para someterse a las imposiciones y con manifestaciones de conducta que van desde la inconformidad encubierta, hasta la rebelión más franca .

También se observa que a mayor C. I. existe una correlación con respecto a la escala Pa, poniéndose de manifiesto actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y la tendencia a interpretar los estímulos de manera inadecuada, reflejan frecuente descarga de agresividad que puede considerarse como formas de defensa anticipada ante posibles situaciones de ataque que el sujeto percibe como amenazantes para su seguridad.

En la última escala que se observa correlación con el C.I. mayor en la escala de Ma que describe a las personas como dinámicas, emprendedoras, ambiciosas y con gran energía para tratar de realizar muchas actividades, sus relaciones interpersonales pueden considerarse bien integradas pero superficiales, lo que refleja cierta imposibilidad para establecer compromisos efectivos profundos. (Ver tabla 16)

TABLA 16 DISTRIBUCION DE LA CORRELACION

C. I.	Escalas	Correlación
Ligero	L	.1326 *
"	F	.1535 *
"	K	.0551
"	Hs	.1240 *
"	D	.1144 *
"	Hi	-.0804
"	Dp	.1483 *
"	Mf	.0683
"	Pa	.2820 *
"	Pt	-.0663
"	Es	-.0337
"	Ma	.3199 *
"	Si	.0474

3.5 ANALISIS DE VARIANZA

Para conocer si existen diferencias significativas en los grupos de nivel socioeconómico, sexo y C. I. , con respecto a cada una de las escalas del M.M.P.I. , se aplicó un análisis de varianza el cual tiene como objetivo diferenciar con respecto a las medias de dos o más grupos.

Con respecto a la escala F, se observa que existen diferencias significativas con respecto al C.I., con una F de 5.006 y una P de .015, respecto al C. I. ligero, las personas tienden más a mentir ($X=10.92$). Le siguen los del grupo C. I. severo ($X=8.76$) y al final el grupo con C. I. moderado ($X=7.07$). En lo que se refiere al nivel socioeconómico también existen diferencias significativas en la escala F entre el nivel medio ($X=11.20$), siguiéndole el bajo ($X=9.50$), y al último el nivel alto ($X=5.60$).

En la escala D se observa que existen diferencias significativas, marginales con respecto al nivel socioeconómico bajo $F=3.10$ y una $P=.063$, refiriendo a las personas como inseguras, minusvalía, abatimiento y culpa ($X=27.30$), posteriormente le sigue el nivel medio ($X=26.70$) y al final el nivel alto ($X=24.60$).

También se observan diferencias significativas en la escala M_f y el sexo ($F=7.96$) y una ($P=.009$), donde las mujeres tuvieron una media más alta ($X=31.05$) que los hombres ($X=26.55$).

Para la escala Pt y el nivel socioeconómico, se observan diferencias significativas entre los niveles ($F=6.02$) y una ($P=.007$), lo que significa que en el nivel medio ($X=30.20$) hay más incapacidad hacia sí mismos y en ocasiones hacia los demás, son meticulosos, tendencia perfeccionista. Le sigue el nivel bajo ($X=28.20$) y al último el nivel alto ($X=24.70$).

En la escala Es también hay diferencias significativas con respecto al nivel socioeconómico, con una ($F=6.61$) y una ($P=.005$), lo que significa que hay mayor tendencia al aislamiento y a la fantasía, siendo el nivel medio el más alto con una ($X=36.70$), siguiéndole el nivel bajo ($X=34.70$) y al último el nivel alto ($X=25.80$). (Ver tabla 17).

TABLA 17 DISTRIBUCION DE ANALISIS DE VARIANZA

Escala	Variable	Prueba F	Probabilidad
L	Sexo	.26	.61
	C.I.	.79	.46
	N. S.	.75	.48
F	Sexo	.24	.62
	C.I.	5.006	.01 *
	N. S.	6.91	.004 *
K	Sexo	.66	.42
	C.I.	2.30	.12
	N. S.	.17	.84
Hs	Sexo	.25	.61
	C.I.	.05	.94
	N. S.	.70	.50

D	Sexo	2.78	.10
	C. I.	1.95	.16
	N. S.	3.10	.06
Hl	Sexo	.76	.39
	C. I.	.00	1.0
	N. S.	1.0	.37
Dp	Sexo	.79	.38
	C. I.	.00	1.0
	N. S.	1.54	.23
Mf	Sexo	7.96	.009 *
	C. I.	.00	1.0
	N. S.	.08	.92
Pa	Sexo	.56	.46
	C. I.	.00	1.0
	N. S.	.02	.97
Pt	Sexo	.32	.57
	C. I.	.00	1.0
	N. S.	6.02	.007 *
Es	Sexo	.69	.41
	C. I.	.00	1.0
	N. S.	6.61	.005 *
Ma	Sexo	.15	.69
	C. I.	.00	1.0
	N. S.	.85	.43
Si	Sexo	.06	.80
	C. I.	.00	1.0
	N. S.	.94	.40

CAPITULO IV

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

IV DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en el present estudio, se acepta la hipótesis de trabajo, donde se establece que existen diferencias en los rasgos de personalidad de padres con hijos deficientes mentales, además de que la capacidad intelectual de los hijos es un factor importante que correlacionan con tales rasgos, dichos resultados se obtuvieron a través del M.M.P.I.

Por medio del proceso estadístico se pudo observar que las puntuaciones estuvieron dentro de los límites normales, sin embargo, se puede interpretar que los hijos con deficiencia mental con C.I. superior, alcanzan mayor puntuación en el perfil de personalidad en una dirección de alteración emocional, sin llegar a la patología.

Las escalas significativas para los padres con hijos deficientes mentales son ,L,F,Hs. D,Dp,Pa. Y Ma; Considerándolas como personas que elaboran defensas contra sus fallas, intentando justificarse mediante molestias físicas tendencia a la exageración de su problemática, ocasionada por la sensación de impotencia para manejarla por sí mismos, son asimismo personas temperamentales, ensatis fechas, inquietas, malhumoradas, inestables, rebeldes, antisociales, pesimistas hacia sus propias actividades, derrotistas, agresivas y relaciones en interpersonales bien entregadas pero superficiales.

Tizar, R. y Grad, J. (1961), detectaron que los padres con hijos deficientes mentales se les presentan problemas psicologicos y emocionales, sin especificar que tipos de alteraciones.

Por otro lado, Abac, G. y Ruiz, S. (1972) encontraron que las madres tenian una gran cantidad de angustia canalizada hacia aspectos sexuales que les traia como consecuencia malas relaciones de pareja, actitud pasiva con el fin de crear dependencia, siendo sus relaciones interpersonales superficiales, las cuales concuerdan con los resultados obtenidos en la escala F, existen personas insatisfechas, inestables y en la escala Ma. lo que indica relaciones interpersonales superficiales.

Por otro lado Kohr, P. y Horl, W. (1984), midieron características de padres con hijos autistas y encontraron que las madres fueron más neuróticas e introvertidas que las madres con hijos normales. Con respecto a este estudio se encontraron características similares. personas antisociales, tímidas, incapaces de establecer relaciones interpersonales profundas y duraderas.

Ramirez, A. y Berman, J. (1975), también encontraron que la figura dominante siempre fue la madre en niños con enfermedades organicas.

En esta investigación se encontro que los padres, con lo que respecta a la escala Ma. son personas dinámicas, emprendedoras y ambiciosas.

Por su parte, Boliath, B. y Cohen, B. (1982)

damentaron que las madres con hijos incapacitados se encuentran a si mismas insatisfechas, tensas, frustradas, incapas de dar amor, la atención y crianza a sus hijos. Otra de las características que estos autores encontraron fue la excesiva limpieza, la cual utilizaban para frustrar toda expresión motora o muscular en los niños, otro, era la dificultad que tenían estas mujeres para permitir a sus hijos una conducta social independiente.

La similitud que existe entre este estudio y la investigación de Hathaway y Mckinley se obtuvo en la escala F la cual incluye personas tensas, insatisfechas, inestables y antisociales. En la escala D básicamente nos describe a personas derrotistas aprensivas, indecisas y tendencia al aislamiento.

Brooks, G. y Lewis, M. (1985) quienes encontraron que las madres tenían más iniciativa y se mostraron más sensitivas hacia el repertorio general de comportamiento de sus hijos como una función de edad mental. La correlación de la escala D nos indica que los padres son dinámicos, emprendedores y ambiciosos.

Por otro lado, Storm, R. y Daniel, S. y Wursters, S. (1988) encontraron que los padres expresaban mayor incertidumbre en fomentar la creatividad, controlaban la conducta del niño, menos apoyo para el juego como actividad importante, y menos confianza en su habilidad para facilitar el proceso enseñanza aprendizaje. No se reportaron niveles altos de frustración en los padres con hijos incapacitados.

4.1 Alcances, limitaciones y sugerencias.

Con la presente investigación se pretende aumentar el interés por estudiar más los rasgos de personalidad de los padres, ya que son la parte fundamental de la integración del sujeto hacia el medio ambiente, tanto en el ámbito social, cultural como educativo. Al conocer sus rasgos se pueden crear con base en ellos, programas acordes a sus características y/o alteraciones de personalidad, para lograr la integración de sus hijos incapacitados a la sociedad.

Para la realización de esta investigación me enfrente con barreras que pudieron en cierta forma entorpecer el estudio, ya que no existen investigaciones de perfiles de personalidad con el Inventario Multifásico de la Personalidad, y con otros instrumentos son relativamente muy pocos.

Por otro lado, el tamaño de la muestra debería de ser más grande o representativa, ya que la muestra masculina es pequeña. Por lo tanto, se sugiere que para futuras investigaciones, sea más grande, representativa y en igual cantidad de sexos, tomando varias muestras de las diferentes instituciones de deficiencia mental, si es posible.

La oportación de este estudio reside básicamente en dar pauta para el inicio de futuras investigaciones con respecto a los padres con hijos deficientes mentales y el estudio de la personalidad a través del M.M.P.I., ya que hasta el momento la mayor parte de los estudios realizados con dicho instrumento han sido con estudiantes.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

ABAC, G. (1972), "ESTUDIO COMPARATIVO DE 8 FAMILIAS EN NIÑOS ASMATICOS", Tesis U.N.A.M.

ABARCA, M. (1986) "INTERVENCION EN CRISIS ANTE EL NACIMIENTO DE UN NIÑO CON DEFECTO FISICO". Dirección General de Salud Pública. México, D. F.

ACKERMAN, N. (1976), "LA FAMILIA Y CONFLICTO MENTAL". Horne. Buenos Aires.

ADLER, A. (1917), "THE NEUROTIC CONSTITUTION", Moffat, Nueva York; Citado en Cuelli, J y Reidi, L. (1972), "Teorías de la Personalidad". Trillas, México. D. F.

ALTAMIRANO, J. (1980), "EL NIÑO CON DEFICIENCIA MENTAL Y LA FAMILIA". Manual Moderno, México, D.F.

ALLPORT, G. (1961), "PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD". Paidós, Buenos Aires; Citado en Cuelli, J y Reidi, L (1972), en "Teorías de la Personalidad", Trillas, México, D. F.

ANTUNEZ, M. et al (1980), "LA FAMILIA DEL NIÑO DEFICIENTE MENTAL". Tesis U.N.A.M.

BARBARANE, B. (1988), "UN NIÑO ESPECIAL EN LA FAMILIA". Paidós, Buenos Aires.

BENDER, L. et al (1965), "TRASTORNOS MENTALES Y EMOCIONALES". Paidós, Buenos Aires.

BHILOMENKO, L. (1968), "VULNERABLE CHILDREN". Routledge.

BOBATH, B Y COHEN, B. (1986), "ANXIETY NEUROSIS AS A CAUSE OF BEHAVIOUR DISORDERS IN CHILDREN". American Journal of Orthopsichiatri, 26; 108, 118.

BOSHES Y GIBB (1972), "EPILEPSY HANDBOOK". Springfield, Thomas, 1972.

BROOK, G Y LEWIS, M. (1976), "PSICHIATRI OF THE HANDICAPPED FAMILY". Developmental Medicine of Child Neurology. 8 (4) 420/428.

CAPLAN, D. (1976), Citado en Ackerman, N. "La familia y conflicto mental". Horne, Buenos Aires.

COOK, J. (1963), "SOME ASPECTS OF PSYCHOANALYTIC TECHNIQUE IN ADOLESCENCE". Psychoanalytic study of children; 12, 263-283

CORONADO, G. (1981), "LA EDUCACION Y LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL". Continental

CRUISKANKY AND WILLIAM, M. (1977), "EL NINO CON DAMO CEREBRAL".

DE FUENTES REYES, M. (1988). "PROBLEMAS QUE SE ORIGINAN ANTE LA PRESENCIA DEL NINO DEFICIENTE MENTAL EN EL AMBIENTE FAMILIAR". Tesis, U.N.A.M.

DUVAL, A. (1962), "LA PSICODINAMICA DE LA VIDA FAMILIAR". Paidós, Buenos Aires, Argentina.

EATON, W. (1955), "PSYCHOLOGICAL DISTURBANCE IN ADOLESCENCE". Wiley Press.

ERIKSON, E (1963), "INFANCIA Y SOCIEDAD". Horne, Buenos Aires, Citado en Cuelli, J. y Reidi, L. (1972), "Teorías de la Personalidad". Trillas, México. D. F.

FARBER, E. (1959), "PREVALENCE OF EXCEPTIONAL CHILDREN IN ILLINOIS", Springfield, Ill. Superintendent of Public Instruction.

FERRARA, S. (1979), "INTERPERSONAL COMMUNICATION IN SMALL GROUPS". Journal of Abnormal and social Psychology, 46; 92-100.

FIERRO Y SAAD. (1984), "UN CURRÍCULO PARA EL DEFICIENTE MENTAL LEVE". Centro de Educación Continua, Facultad de Psicología. U.N.A.M.

FONSECA, R. (1985), "RETARDO MENTAL, UNA PERSPECTIVA INTEGRAL". Rev. Educación, 9 (1 y 2);65-70.

FREUD, S. (1923), "EL YO Y EL ELLO". Obras completas. Biblioteca Nueva, Madrid. Citado en Cuelli, J y Reidel, L. "Teorias de la Personalidad (1972). Trillas, México, D. F.

FREDMAN, A. KAPLAN, H. SADOK, B. (1975), "COMPENDIO DE PSQUIATRIA" SALVAT, MEXICO, D. F.

FROMM, E. (1947), "MAN FOR HIMSELF". Rinehart, New York. Citado en Fredman, A. et al (1975), "Compendio de Psiquiatria". Salvat. Barcelona, España.

GALLARDO, M. (1987), "PERSONALIDAD Y CONDUCTA MATERNA EN MADRES DE NINOS CON LESION CEREBRAL". Tesis, U.N.A.M.

GANTE, M. (1989), "ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS RELACIONES DE PAREJA Y ACTITUD HACIA LA CONDICION INCAPACITANTE DE SUS HIJOS CON SUS PADRES DEFICIENTES MENTALES". Tesis, U.N.A.M.

GRAHAM, R. (1977), "M.M.P.I. GUIA PRACTICA". Manual Moderno. México. D. F.

HALAY, J. (1982), "PSIQUIATRY AND THE FAMILY". American Journal Psychiatri. 32 (5); 250-258.

HOLOCOMB, W. AND KAHANI, J. (1991), "PERSONALITY CHARACTERISTICS OF COMMUNITY SAMPLE OF ADOLESCENTS WITH CONDUCT DISORDER". Adolescent; 103 (26): Fall 1991, 579-589.

HOLR, W. (1958), Citado en Ackerman (1976) "La familia y conflicto mental". Horn. Buenos Aires.

HORNEY, K. (1937), "NEUROTIC PPERSONALUTY OF OUR TIMES" Norton, Nueva York. Citado en Cuellym, J. y Reidl, L. (1972), "Teorias de la Personalidad". Trillas. México, D. F.

HUERTA, M. (1981), "LAS RELACIONES FAMILIARES Y SU REPERCUSION EN NINOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE". Tesis. U.N.A.M.

ILLINGSWORTH, R. (1959), "CONVULSIONS IN MENTALLY RETARDED CHILDREN WITH AND WOTHOUT CEREBRAL PALSY". Journal of Mental Deficiency Reserarch; (3) 88-93.

INGALLS, R. (1962), "RETRASO MENTAL, LA NUEVA PERSPECTIVA". Manual Moderno, México. D. F.

JOHNSON, M. (1986), "LA EDUCACION DEL NINO DEFICIENTE MENTAL". Paidós. Buenos Aires.

KEN, S. (1978), "LOS DEMAS HERMANOS DE LA FAMILIA" (MINUSVALIDOS Y CRISIS FAMILIAR). Serem. Madrid.

KENNET, S. et al (1991) "THE FAMILY METHOD WHOSE PSYCHIATRY HISTORY IS MEASURED". Am. J. Psychiatry; 148 (11); 1501-1504 Nov.

KENEDY, A. Y RAMIREZ, P. (1964). "CONTRIBUTIONS TO THE UNDERSTANDING OF DISTURBANCES", British Journal of Medical Psychiatry, 32; 171.

KERLINGER, F. (1975), "INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO. TECNICAS Y METODOLOGIA. Interamericana. México. D. F.

KIRLL, M. (1969), "EDUCACION FAMILIA DEL SUBNORMAL". Fontanella. S. A.

LAING, M. (1986), Citado en Ackerman N. (1976) "La familia y conflicto mental ". Horne, Buenos Aires.

LANZETTA, H. (1981), "GROUP BEHAVIOR UNDER STRESS", Human Relations. 29-52

LAURENT, "AFFECTIONAL BEHAVIOR IN THE INFANT MONKEY". Brazier, M. The central Nervous System and Behavior, Joshiah Macy Jr. Foundation, New York.

LEVIN, J. (1979), "FUNDAMENTOS DE ESTADISTICA EN LA INVESTIGACION SOCIAL". Harla, Mexico, D. F.

LINTON, D. (1955), "PSICOLOGIA SOCIAL". Trillas. Mexico. D. F.

MALONEY, P. (1958). "THE PSYCHIATRIC SIGNIFICANCE OF ADOLESCENT". American Journal of Psychiatry; 124, 1549.

MALDONADO, L. (1989). "LOS PROBLEMAS SOCIOFAMILIARES DE NIÑOS DOWN". Paidós, Buenos Aires.

MELE, P. (1988). "PROGRAMA DE FORMACION PARA PADRES CON HIJOS DEFICIENTES MENTALES". Tesis. U.N.A.M.

MENOLASCINO, R. (1968), "PARENTS OF THE MENTALLY RETARDED". Journal of American Academy of Child Psychiatry; 7-589.

NIHAM, W. (1986), "EL FACTOR HEREDITARIO". Paidós, Argentina.

NUNEZ, R. (1986), "APLICACION DEL M.M.P.I. A LA PSICOLOGIA". Manual Moderno. México, D. F.

OLSHANSKY, S. (1962), Citado en Ackerman. "La familia y Conflicto mental ". Horne. Buenos Aires.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, (1968). Citado en Ingalls, R. (1962). "Retraso Mental. La Nueva Perspectiva". Manual Moderno.

ORTIZ, M. (1992), "INFLUENCIA DEL AMBIENTE FAMILIAR EN EL DESARROLLO DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL Y DEFICIENCIA MENTAL". Tesis. U.N.A.M.

PIAGET, J. (1969), "THE PSYCHOLOGY OF INTELLIGENT", NEW YORK: Harcourt Brace, Citado en Ingalls, R. "Retraso Mental.

PIRANDELLO, (1961), "PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD". Paidós, Buenos Aires.

POLANCO, L. (1983), "COMO INFLUYE EL DEFICIENTE MENTAL EN LA DINAMICA FAMILIAR". Manual Moderno. México. D. F.

RAMIREZ, A Y BARMAN (1975). "LA FAMILIA Y EL NIÑO MINUSVALIDO", Revista de Psicología. 9 (2); 36-40.

RECA, T. (1948), "PERSONALIDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO". Trillas. México, D. F.

RICHIKRAFT, (1960), Citado en Allport (1961).
"Psicología de la Personalidad". Paidós, Buenos Aires.

RIVERA, O. (1991), "INTERPRETACION DEL M.M.P.I. EN
PSICOLOGIA CLINICA, LABORAL Y EDUCATIVA". Manual
Moderno. México, D. F.

SATIR, U. (1978) "RELACIONES HUMANAS EN EL NUCLEO
FAMILIAR". Pax.

STERN, O. (1958). Citado en Allport G. (1961),
"Psicología de la Personalidad". Paidós, Buenos Aires.

STORM, R. DANIEL, S. Y WURST, S. (1983). "COMPARISON OF
CHILDREARING ATITUD OF PARENTS OF HANDICAPPED AND NON-
HANDICAPPED CHILDREN". Journal of Instructional
Psychology; 2 (11): 89-103.

STRAUSS, M. Y LEHTIMEN, R. (1974), Ingalls, R. (1962).
"Retraso Mental, La nueva perspectiva". Manual Moderno.
México, D. F.

SULLIVAN, H. (1953). "INTERPERSONAL THEORY OF
PSYCHIATRY". W. W. New York.

SUPRA, M. (1981). "ATTITUDES ESTABLISHED BY CLASSICAL
CONDITIONING2, Journal of Abnormal and Social
Psychology. 57, 37-40.

TIZZAR, R. Y GRAD, J. (1961). Citado en Ackerman, N.
(1976), "La familia y conflicto mental". Horne. Buenos
Aires.

UCHOA, E. (1984), "ALTERACIONES MAS FRECUENTES EN LA
FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL". Tesis, U.N.A.M.

WECHSLER, D. (1944), "THE MEASUREMENT OF ADULT
INTELLIGENT", Baltimore, U.S.A.

WOLFENBERGER, A. (1967), "EDUCATIONAL AND
REHABILITATION", Chicago.

WOLFENBERGER, W. (1967), "COUNSELING THE PARENTS OF THE
RETARDADED". Mental Retardation Appraisad-

WRIGT, L. (1976). "THE CHILD AND THE OUTSIDE WORLD"
Tavistock.

ZAZZO, R. (1965), "LOS DEBILES MENTALES" Manual
Moderno. Mexico, D. F.

A N E X O S

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chanley McKinley



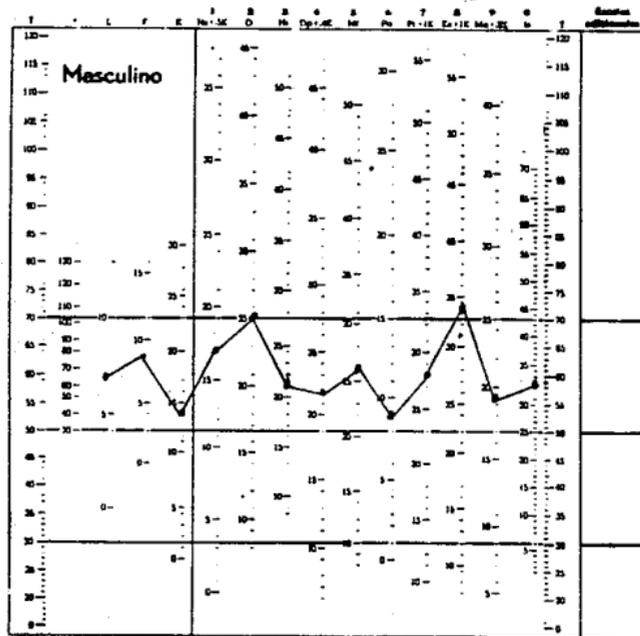
Nombre _____ (letra de nombre)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o niveles completados _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Formas K

	K	A	A
20	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	13	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	9	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	3
11	6	4	3
10	5	4	3
9	5	4	3
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	1	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Personalidad normal

Agrupar factor K _____

Puntuación corregida _____



D.R. 43 sobre esta versión por la
EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO S.A.
1980

Printed by El Manual Moderno, S.A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1944, by
the University of Minnesota

Firma _____



2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stake R. Hathaway y J. Charnley McKinley

LIFE TUM/



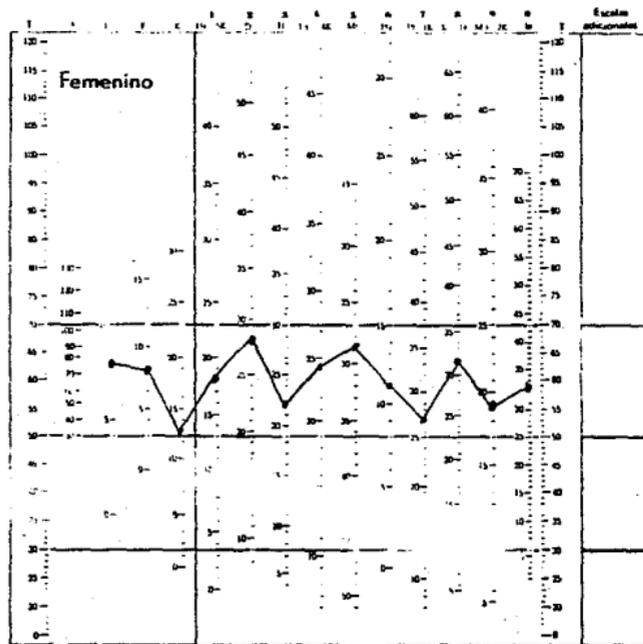
Nombre _____ (letra de apellido)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Frecuencia M

NOTAS

M	S	A	J
26	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	6
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	4	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	3
10	5	4	1
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	1	1
5	3	1	1
4	2	1	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Puntuación natural

Agregar factor K _____

Puntuación corregida _____



MMPI
2 4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stake R. Hathaway y J. Charney McKinley

TRFI RUMI

F
Femenino

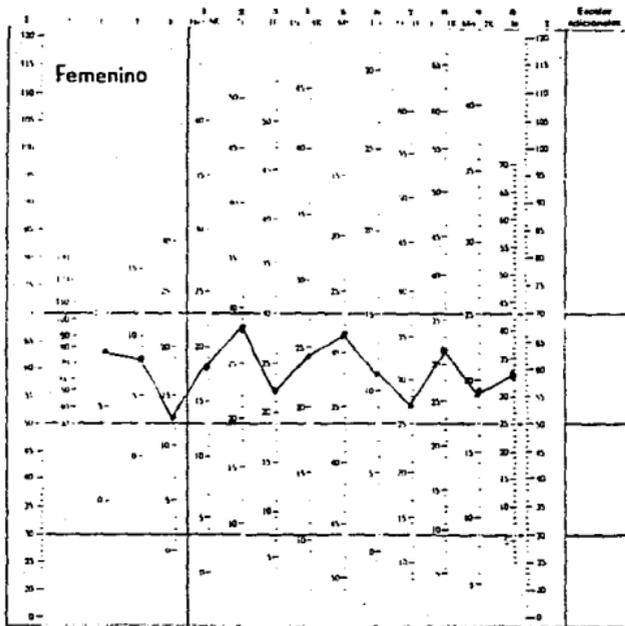
Nombre _____ (Letra de nombre)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares u estudios complidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntuación natural

Agregar factor K

Puntuación corregida

Escala			
1	2	3	4
30	15	17	6
29	15	17	6
28	14	17	6
27	14	17	6
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	1	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	1
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS



Firma

Fecha

MMPI
2 4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD. MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

REFIL JMAM

M
Masculino

Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

T	Escala										T	
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7		8
120				45								120
115				45								115
110				45								110
105				45								105
100				45								100
95				45								95
90				45								90
85				45								85
80				45								80
75				45								75
70				45								70
65				45								65
60				45								60
55				45								55
50				45								50
45				45								45
40				45								40
35				45								35
30				45								30
25				45								25
20				45								20
15				45								15
10				45								10
5				45								5
0				45								0

Puntuación	Escala			
	1	2	3	4
30	15	12	8	6
29	15	12	8	6
28	14	11	6	6
27	14	11	5	5
26	13	10	5	5
25	12	10	5	5
24	12	10	5	5
23	12	9	5	5
22	11	9	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	9	7	3	3
16	8	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	6	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	2	2
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
8	4	3	2	2
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	3	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	0	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

Puntuación natural _____
 Puntuación corregida _____
 Agrupar factor K _____
 Puntuación corregida _____



D.R. © sobre esta versión con la
 ESPIONIA
 EL MANUAL MODERNO S.A.
 1980

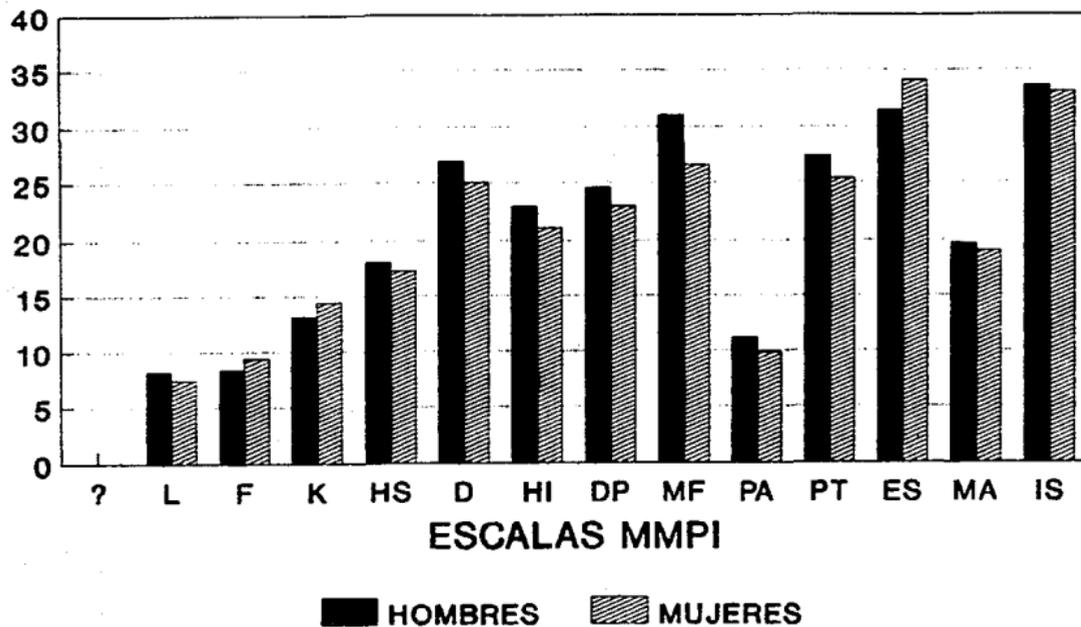
Printed by El Manual Moderno, S.A.
 under license of The Psychological Corporation
 © 1948, Copyright 1948 by
 the University of Minnesota

Forma

Fecha

NOTAS

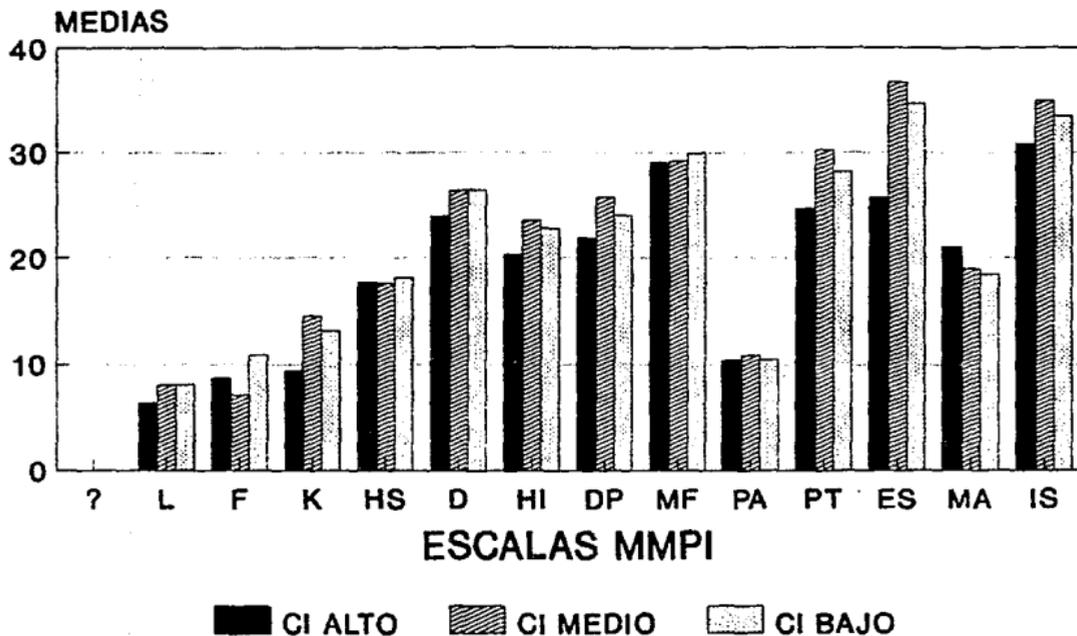
PERFIL DE PERSONALIDAD MEDIAS POR GENERO



PADRES CON HIJOS DEFICIENTES MENTALES

PERFIL DE PERSONALIDAD

MEDIAS POR CI



PADRES CON HIJOS DEFICIENTES MENTALES

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

INVENTARIO MMPI-Español

Adaptación para América Latina por el
Dr. Rafael Núñez

Basado 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 H.

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** (Cierta); 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.

C	<input checked="" type="radio"/>
F	<input type="radio"/>

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.

HORA ABRA SU FOLLETO Y EMPIECE



TESIS CON
FALLA DE ORGAN

NO HAGA MARCA ALGUNA EN ESTE FOLLETO

1. Me gustan las revistas de mecánica.
2. Tengo buen apetito.
3. Me duermo 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 debería 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 náuseas y de vómito.
24. Nadie parece comprenderme.
25. Me gustaría 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 síntoma que debería pagarme 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 toda la mayor parte del tiempo.
35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
36. Raras veces me preocupa 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

TESIS CON
FALLA LE ORGEN

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 paracaidista puede curar enfermedades rezando y pariendo sus brazos sobre la cabeza de usted.
54. Le agrada a la vez el parte de la gente que me conoce.
55. Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho.
56. Cuando (sueñerías) me suspendieron de la escuela una o más veces por hacer travesuras.
57. Soy una persona amable.
58. Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia predijeron.
59. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no soy yo mismo.
60. No leo libros ni editoriales del periódico diariamente.
61. No he vivido la vida con sencillez.
62. Con frecuencia siento como un ardor, puntadas, 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 quisiera a mi padre.
66. Ven cosas, animales o gente a mi alrededor que otros no ven.
67. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecerían 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 conduzcan de ellos y les ayuden.
72. Sufro de molestares 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 soy mujer) Nunca me ha pasado ser mujer.
75. Algunas veces me enoja.
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 herido fácilmente en una discusión.

PASE LA PAGINA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

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 atarado por artículos personales de otros, como calzados, 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 flutista.
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 burien 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 buenos 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 capacidad de libertad con espasmos o contracciones.
104. No parece imposible que yo pase.
105. Algunas veces, cuando 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 sé 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 bota apretada sobre la cabeza.
115. Creo en otra vida después de esta.
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 (más ligero, ni más despacio, ni balbuciente, ni seca).
120. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando voy 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.

PASE LA PAGINA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 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.
1. Me gustan las artes dramáticas.
1. Yo sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.
126. El ver sangre no me asusta ni me enferma.
127. A menudo no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado.
1. Nunca he vomitado o escupido sangre.
1. 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.
1. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresar en palabras.
1. Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
1. Generalmente pienso que segunda intención pueda tener otra persona cuando me hace un favor.
7. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la de la mayor parte de la gente que conozco.
134. La crítica o el regaño me hieren profundamente.
139. Algunas veces siento el impulso de herir o de herir a otros.
1. Me gusta cocinar.
1. Mi conducta está controlada mayormente por los 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 empujar una pila 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. Lloro 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 engaño.
163. No me canso con facilidad.
164. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.

PASE LA PAGINA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 pasadita en una reunión aun cuando otros están haciendo lo mismo.
172. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.
173. Me gustan 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 mamá parece ser buena.
179. Me preocupan las cuestiones sexuales.
180. Encuentra 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. Esto, en contra de dar dinero a los mendigos.
184. Frecuentemente oigo voces al 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 caigan 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, empiezo 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 puedo 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 sus pensamientos o ideas.
201. Desearía no ser tan tímido.
202. Creo que estoy confundido o que no tengo abstracción.
203. Si yo fuera periodista me gustaría mucho escribir noticias de teatro.
204. Me gustaría ser periodista.
205. A veces me he visto imposible evitar el hablar de algo de una tienda.
206. Soy muy religioso (más que la mayoría de la gente).
207. Me gustan distintas clases de juegos o diversiones.
208. Me gusta coquetear.
209. Creo que mis pechos son imperceptibles.
210. Todo me sabe igual.

PASE LA PAGINA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 poco 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 quisiera mi madre.
221. Me gusta la ciencia.
222. No encuentro difícil el pedir ayuda a mis amigas aun cuando no pueda devolverles el favor.
223. Me gusta mucho coquetear.
224. Con frecuencia mis padres se han puesto a la clase de gente que quieren acostarse braba salir.
225. A veces murmuro o chamen 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 con la boca 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 periodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.
239. He sufrido un engaño 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 apodarse 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.

PASE LA PAGINA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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. Crea 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 tristes.
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 sienten aburrido, algo emocionante me saca casi siempre de ese estado.
269. Con facilidad puedo entenderle cuando a otros y a veces lo hago por diversión.
270. Cuando salgo de casa no me preocupó de si los paños y ventanas están bien cerrados.
271. No culpo a la persona que se aprovecha de alguien que se expone a que lo ocurra tal vez.
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...
277. A veces me he... tanto la actitud de un p... caro, que he de... algo con la suya.
278. Con frecuencia... acuerdo que este extraño... no estaba mirando... críticos.
279. Todos los días... una cantidad extraordinaria de algo.
280. La mayoría de la gente... hace de amigos por conveniencia propia.
281. Casi nunca noto que me... también challan los oídos.
282. De vez en cuando siento... miembros de mi familia a los que usualmente quiero.
283. Si fuera reportero... gustaría escribir... cosas deportivas.
284. Estoy seguro de que la gente habla de mí...
285. A veces me río de chistes que...
286. Nunca estoy tan contento como cuando...
287. Tengo pocos temores en comparación con la mayoría...
288. Sufrí de ataques de náusea...
289. Siempre me disculpo con la ley cuando se pone... berto a un criminal debido a los argumentos de... abogado en un...
290. Trabajo bajo una tensión muy grande...
291. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me había hecho cosas hipnotizado por...
292. Por lo general no le hablo a la gente... de ellos... me hablan a mí...
293. Alguien ha tratado de influir en mi mente...
294. Nunca he tenido tropiezos con la ley.
295. A mí me gustaba el cuento "Caporrita Roja".
296. Tengo pocos en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.

PASE LA PAGINA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 hacer 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 estoy 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 se juzgar 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 propiedades 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.
- Creo que casi todo el mundo mentiría para escapar de 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 ira o de llanto que no puedo controlar.
327. Mi madre o mi padre frecuentemente me hacían obedecer, aun cuando yo creía que no tenía 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 lo hubiera copado conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
332. Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no este 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.

PASE LA PAGINA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

339. La mayor parte del tiempo desearía estar muerta.
340. Algunas veces me siento tan exhausto que no puedo dormir 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 yo sé venir.
345. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.
346. Tengo la costumbre de sentir cosas sin importancia como bombillas eléctricas en aparatos luminosos, etc.
347. No tengo amigos que realmente queran hacerme daño.
348. Generalmente no me fío 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 te he en voz 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 una dificultad para concentrarme que la que parece que tienen los demás.
357. Varias veces he dejado de hacer algo porque le dudaba de mi habilidad.
358. Mala palabra o menudo palabra horribles, vienen a mi mente y yo me siento 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

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

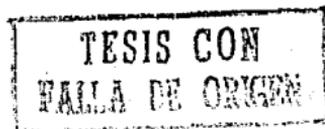
367. No soy una persona demasiado consciente de sí misma.
368. Durante ciertos períodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.
369. En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me sienta solo o con una sola persona en vez de unirme al grupo.
370. La gente me desilusiona con 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 "quisiere 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 separaría 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 asquean los cuentos pesantes.
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. Gozo con la excitación de una multitud.
384. Mis preocupaciones parecen desaparecer 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 fijar a un lado la cara, que he emprendido con cuando sea por poco tiempo.
387. No he tenido dificultad para emborracharme o tomar o tener a mi esposa.
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 siento 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 trato de corregirla y ayudarla.
405. No tengo dificultad al tragar.
406. A veces me he alejado de otra persona porque tenía que hacer o decir algo que pudiera lamentar después.
407. Por lo general soy tranquilo y no me altero fácilmente.

PASE LA PAGINA

CON
FALLA DE ORIGEN

- Puede ocultar lo que siento en algunas cosas de manera tal que la gente pueda hacerme daño sin que se den cuenta de ello
399. 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. Mereceré 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 molesta 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 salía 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 inopuestas.
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 deudas.
432. Tengo opiniones políticas bien definidas.
433. A veces me gusta tener compañeros imaginarios.
434. Me gustaría competir en carreras automovilísticas.
435. Generalmente preferiría trabajar con imaginarios.
436. Estoy segura de que sólo existe una religión verdadera.
437. No es fácil tratar de evitar el cumplimiento de la ley siempre que ésta no se viola.
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 nerviosa tener que esperar.
440. Cuando me siento muy feliz y activo, alguien que está 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. Pienso a dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros piensan que esa no es la manera correcta.
444. No trato de enseñar a la gente que expresa opiniones ignorantes.
445. Me apasionaba lo suficiente cuando era pequeño (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, transías, etc., me este mirando.
449. No me gusta ver fumar a las mujeres.
450. Muy raramente me siento deprimido.

PASE LA PAGINA



448. Cuando alguien dice cosas tontas o estúpidas acerca de algo que sé, trato de corregirlo.
449. 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 debiera ser castigada por violar una ley que considere injusta.
457. Creo que nadie debería nunca probar bebidas alcohólicas.
458. El hombre que más se oía 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 todos 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 maligno y gruñón.
469. El relámpago es uno de mis temores.
470. Me disgustan las cosas sexuales.
471. En la escuela mis calificaciones en 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 otras.
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. Reso varias veces a la semana.
489. Me compezo de las personas que generalmente se aferran a sus penas y problemas.

PASE LA PAGINA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

190. Leo mi libro de oraciones (o la Biblia) varias veces a la semana.
191. No tolero a la gente que cree que solo hay una religión verdadera.
192. Me produce terror la idea de un terremoto.
193. Prefiero el trabajo que requiere concentración a un trabajo que me permite ser desuiciado.
194. Temo encontrarme en un lugar pequeño y cerrado.
195. Generalmente me hablo claro a la gente a quien estoy tratando de mejorar o corregir.
196. Nunca he visto las cosas dobles (nunca un objeto me ha parecido doble sin que me sea posible hacerlo aparecer como uno).
197. Me gustan los cuentos de aventuras.
198. Es bueno siempre ser franco.
199. Tengo que admitir que a veces me he preocupado sin motivo alguno por cosas que no valían la pena.
200. Rápidamente me vuelvo partidario absoluto de una buena idea.
201. Generalmente hago las cosas por mí mismo, en vez de buscar a alguien que me enseñe.
202. Le tengo terror a una tormenta.
203. Es raro que yo apruebe o desapruébe con energía las acciones de otros.
204. No trato de encubrir mi mala opinión o fastidio que me inspira una persona a fin de que ésta no sepa mi modo de sentir.
205. Los caballos que no jalan debieran ser golpeados o pateados.
206. Soy una persona muy tensa.
207. Frecuentemente he trabajado bajo personas que parece que atregan 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.
208. Creo que mi oficio es tan bueno como el de los demás.
209. A veces me es difícil defender mis derechos por ser muy reservado.
210. La sociedad me espanta o me disgusta.
211. Vivo una vida de ensueños acerca de la cual no digo nada a nadie.
212. No me gusta bañarme.
213. Creo que Cervantes fue más grande que Napoleón.
214. Me gustan las mujeres hombrunas.
215. En mi hogar siempre hemos tenido cubiertas nuestras necesidades básicas (tales como alimentación, vestido, etc.).
216. Algunos de mis familiares se enojan muy fácilmente.
217. No puedo hacer nada bien.
218. A menudo me he sentido culpable porque he sentido mayor pesar del que realmente sentí.
219. Algo anda mal con mis órganos sexuales.
220. Generalmente defiendo con tenacidad mis propias opiniones.
221. Frecuentemente le pido consejo a la gente.
222. No le temo a las arañas.
223. Casi nunca me ruborizo.
224. No temo contraer una enfermedad o coger pediculosis de las perillas de las puertas.
225. Ciertos animales me ponen nervioso.
226. El porvenir me parece incierto.
227. Los miembros de mi familia y mis parientes más cercanos se llaman bastante bien.
228. No me ruborizo con mayor frecuencia que los demás.
229. Me gustaría usar ropa cara.
230. A menudo siento miedo de ruborizarme.
231. La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente aun en cosas sobre las que creía estar ya decidido.

PASE LA PAGINA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

532. Puedo suponer tanto dolor como los demás.
533. No padezco de muchos erectos.
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 modista (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, como en un puente o en un edificio.
566. Me gustan las escenas de amor de las películas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN