



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD DE UN  
GRUPO DE PERSONAS QUE PADECEN  
NEURODERMATITIS”

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A :**  
**GALLEGOS MEJIA MA. DE LOURDES**

DIRECTOR DE TESIS:

Mtra. AMADA AMPUDIA RUEDA

REVISOR:

Dra. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

*A mi madre con cariño  
y admiración .*

*A mi familia con cariño.*

*A Juan por su amor  
y comprensión.*

*A Fabian por su gran apoyo e interés que me ha brindado a lo largo de mi trayectoria  
profesional.*

*Agradezco a las siguientes personas por la ayuda que me  
brindaron durante la realización del presente trabajo.*

*A la Dra. Emilia Lucio*

*Gracias por su apoyo y por darme la oportunidad de  
pertenecer a su equipo de investigación .*

*A la Mtra. Amada*

*Por su ayuda , observaciones durante la asesoría de este  
trabajo y por permitirme compartir sus conocimientos.*

*A la Dra. Obdulia Rodríguez y al Dr. Fermin Jurado Santa Cruz por permitirme obtener la  
muestra de pacientes del*

*"Hospital Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua"  
y por su interés en esta investigación .*

***A los pacientes del "Hospital Dermatológico Dr. Ladislao de la pascua", que  
voluntariamente participaron y me permitieron  
conocerlos y aprender de ellos.***

***A mis sinodales por sus oportunas sugerencias .  
LIC. JOSETTE BENAVIDES TOURRES  
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA  
LIC. SUSANA EGUIA MALO***

***A Consuelo por su orientación y amistad.***

***A Hilda por su inestimable ayuda y amistad.***

***A ti , quien en todos los momentos difíciles me escuchaste y  
brindaste apoyo incondicional.***

**La realización del presente trabajo fue posible gracias al  
apoyo del proyecto CONACYT  
No. 3722S9312**

## RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo confirmatorio con la finalidad de conocer las características de personalidad de pacientes con neurodermatitis, a través del MMPI-2 versión en español (Lucio y Reyes, 1992). También se calculó la prueba t de Student para ver si existían diferencias estadísticamente significativas en las medias de las escalas del instrumento entre los pacientes con neurodermatitis y el grupo normativo de estudiantes universitarios mexicanos obtenido por (Lucio y Reyes 1992).

Para este estudio la muestra estuvo constituida por 44 sujetos, de los cuales 33 correspondían al sexo femenino y 11 al sexo masculino, todos ellos de consulta externa del "Hospital Dermatológico Ladislao de la Pascua".

Los resultados indican que si existen diferencias estadísticamente significativas entre las escalas básicas y de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-2 entre el grupo de pacientes con neurodermatitis y el grupo normativo de estudiantes universitarios mexicanos, las escalas Básicas en las cuales se presenta diferencia estadísticamente significativa son: F, Hs, D, Dp, PA, Pt, Es e Is; las en escalas de contenido: ANS, OBS, SAL, DEL, ENJ, ISO, DTR y RTR; y en las escalas suplementarias: A, R, Fyo, A-Mac, Do, Dpr, EPK y EPS.

Se puede concluir que sí existe relación entre los factores psicológicos medidos a través del MMPI-2 y las manifestaciones de neurodermatitis, lo cual corrobora que el instrumento puede ayudar a detectar factores emocionales asociados con este tipo de padecimiento, lo cual permitirá una intervención multidisciplinaria.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS</b>	<b>3</b>
Introducción	3
1.1 Definición	3
1.2 Desarrollo Histórico del concepto de las enfermedades psicofisiológicas	4
1.3 Tipos de Trastornos Psicofisiológicos	10
1.3.1 Dermatitis Reaccionales	12
1.3.2 Neurodermatitis	12
1.3.3 Neurodermatitis Circuscrita o Liquen simple de Vidal	13
1.3.4 Neurodermatitis Diseminada o Dermatitis Atópica	13
1.4 Factores relacionados con la neurodermatitis	14
1.5 Estudios realizados relacionados con el padecimiento	16
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>PERSONALIDAD, DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL MMPI Y MMPI-2</b>	<b>21</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>21</b>
2.1 Personalidad	21
2.1.1 Teoría Factorialista	27
2.2 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)	28
2.3 Estudios realizados	33
2.4 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)	36
2.5 Estructura del MMPI y MMPI-2:	40
2.5.1 Tabla 1	40
2.5.1 Tabla 1-A	41
2.6 Investigaciones realizadas con el MMPI-2 en E.U	41
2.7 Investigaciones realizadas con el MMPI-2 en México	45

## **CAPÍTULO III**

<b>Metodología</b>	<b>50</b>
3.1 Planteamiento y justificación del problema	50
3.2.1 Hipótesis de trabajo	51
3.2.2 Hipótesis estadísticas	51
3.3 Variables	52
3.3.1 Definición de variables	52
3.4 Muestra	53
3.4.1 Sujetos	53
3.5 Instrumento	54
3.5.1 Perfil del MMPI-2	55
3.5.2 Clave del perfil del MMPI-2	55
3.6 Contenido de las escalas del MMPI-2	56
3.6.1 Escalas de Validez	56
3.6.2 Escalas Clínicas	57
3.6.3 Escalas de Contenido	61
3.6.4 Escalas Suplementarias	64
3.7 Procedimiento	66
3.8 Tipo de investigación	67
3.8.1 Tipo de Estudio	67
3.9 Análisis de datos.	67

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

Descripción de los resultados	68
-------------------------------	----

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Discusión	79
Conclusiones	88
Alcances	96
Limitaciones y sugerencias	96
Referencias bibliográficas	98
Glosario	107
Apéndice I	108

## **INTRODUCCIÓN**

La personalidad ha sido una de las áreas de la psicología más estudiadas, así como su medición, para ello se han desarrollado pruebas como el MMPI que representa uno de los instrumentos más utilizados para investigar factores de personalidad. A través de una gran cantidad de investigaciones se ha podido observar que el instrumento permite identificar posibles alteraciones entre ellas las respuestas psicosomáticas del individuo.

El estar en contacto con personas que padecen neurodermatitis y el ver que la eliminación de síntomas, en ocasiones, es temporal fue lo que hizo posible la apreciación de la importancia de realizar un estudio acerca de dicha enfermedad y de las características psicológicas de las personas que la sufren.

Se sabe, por la medicina psicosomática, que la importancia de los factores emocionales en numerosas ocasiones, se asocian a determinada enfermedad física, originándola o intensificándola. No es fácil poner de manifiesto que la raíz de un padecimiento orgánico se centra en un padecimiento emocional, sin embargo en la presente investigación se intenta estudiar las características psicológicas del paciente con neurodermatitis, cuya conflictiva puede tener relación con el padecimiento.

Por lo cual, es muy importante tener presente la relación que existe entre ambos factores debido a que si se considera al ser humano como un organismo biológico cuyas expresiones de vida no sólo están determinadas por factores físicos, químicos, fisiológicos, neurológicos, sino también por factores emocionales y sociales. Algunas veces un grupo de ellos, en otras ocasiones otros factores tienen el papel más importante en la etiología, el diagnóstico, el desarrollo y manejo de la enfermedad.

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación es conocer que características de personalidad se relacionan con manifestaciones psicosomáticas, específicamente neurodermatitis; mediante la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2, versión en español (Lucio y Reyes, 1992), a pacientes con diagnóstico de neurodermatitis; lo importante de utilizar este instrumento es que permite identificar escalas que miden factores relacionados con síntomas similares a los que presentan este tipo de pacientes además de que el instrumento posee normas contemporáneas acordes a la población mexicana.

La utilidad de encontrar la relación entre factores psicológicos y las manifestaciones de neurodermatitis permitirá atender el padecimiento, de manera, profunda y hacer una adecuada canalización del paciente hacia un tratamiento médico acompañado por una terapia

psicológica, ya que éste trabajo ofrece la oportunidad de conocer las reacciones emocionales que desencadenan o mantienen los síntomas psicósomáticos, y no solo eso, pues al hablar de instituciones médicas se observa claramente la problemática a la que se enfrentan los médicos que no cuentan con el tiempo suficiente para realizar una entrevista completa. Por lo anterior es importante que el médico, como el psicólogo posean conocimiento de los indicadores relacionados con el diagnóstico para tener un mayor panorama sobre aspectos psicológicos de los pacientes, que redundará en una mejor atención hacia el paciente, ya que al conocer su perfil psicológico se pueden manejar tanto los aspectos orgánicos como los psicológicos.

Para lo anterior se requirió acudir al hospital dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, de donde se obtuvo la muestra de pacientes con diagnóstico de neurodermatitis atópica, a quienes se les aplicó el MMPI-2 (versión en español Lucio y Reyes, 1992) con el objeto de obtener el perfil de personalidad de dichos pacientes. Para ello se hicieron cálculos estadísticos como medidas de tendencia central y la *t* de Student, para obtener las diferencias entre los puntajes de las medias de la muestra de pacientes con diagnóstico de neurodermatitis y los puntajes de las medias de los estudiantes universitarios mexicanos.

Los resultados mostraron que a través del MMPI-2 se puede obtener un perfil de personalidad sobre la población en la cual se trabajó.

## **CAPÍTULO 1**

### **TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS**

#### **INTRODUCCIÓN**

La importancia de los factores emocionales y su relación con determinada enfermedad ha sido ampliamente investigada por la medicina psicosomática, que enfatiza la relación entre aspectos emocionales y trastornos orgánicos o psicofisiológicos (Haward, 1989).

Los diferentes autores coinciden en que ciertos estados emocionales y ciertas características de personalidad originan ciertas respuestas psicofisiológicas, es decir un cúmulo de emociones buscan expresión y al ser éstas persistentes y originar la misma respuesta fisiológica del organismo, se estructura un trastorno funcional.

Las alteraciones mas frecuentes se observan en los sistemas: músculo-esquelético, respiratorio, cardiovascular, vías gastrointestinales, genitourinario y la piel; en el caso de la piel uno de los padecimientos es la neurodermatitis, para la cual se plantean diferentes factores etiológicos. Estudios relacionados con este padecimiento muestran que los pacientes con neurodermatitis comparten ciertas características de personalidad como irritabilidad, tensión, ansiedad y depresión, hipersensibilidad e introversión.

#### **1.1 DEFINICIÓN**

Se da el nombre de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos a la relación entre los procesos mentales y los procesos fisiológicos, es decir, se refiere a los síntomas físicos que no proceden de una causa orgánica obvia y en los que la tensión emocional desempeña una función de primer orden, se acepta como válido el principio de que, aquello que ocurre en los mas altos niveles de integración, en los estratos mentales, es susceptible de afectar las funciones que se integran a niveles inferiores, es decir, fisiológicos; no debe olvidarse que en sentido estricto todas las enfermedades son psicosomáticas y que el criterio psicofisiológico es aplicable en todos los casos.

La palabra "psicosomático" se forma de dos vocablos griegos: Psique (alma) y soma (cuerpo), de lo cual se ha confundido su significado, hasta creer que el padecimiento es fruto de la imaginación. La verdad es que el dolor no es imaginario, así como tampoco lo es el daño tisular; en algunos casos el paciente puede morir por la enfermedad.

Los trastornos psicofisiológicos son implicaciones emocionales de órganos y vísceras frecuentemente bajo el control del sistema neurovegetativo y los síntomas son primordialmente fisiológicos, la ansiedad no se alivia (Salomón, 1976).

Las personas reaccionan en forma diferente a las enfermedades; la tensión emocional puede exacerbar o precipitar una enfermedad aguda. La patología psicósomática no se limita a una serie de síntomas elementales directamente expresivos de emociones tales como: náuseas, vértigos o dolores, sino a "enfermedades psicósomáticas verdaderas".

## **1.2 DESARROLLO HISTÓRICO DEL CONCEPTO DE LAS ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS**

Desde la época de los griegos se empezaba a postular la relación entre los rasgos psicológicos y la propensión a ciertas enfermedades físicas. Aunque durante la edad media los conceptos de cuerpo y alma se mantuvieron separados. En 1818 Heinroth líder de la Escuela de Psiquiatría Empirista en la Alemania de su tiempo empezó a hablar de la medicina psicósomática, mas tarde Schweningen, 1850-1924 médico, sugirió que un cambio importante en el medio ambiente, produce alteraciones mentales en "la mente del individuo", con ello amplía la proposición de medicina integral. Mas tarde el trabajo de Freud a principios de siglo con personas que padecían neurosis, usando primero la hipnósis y luego la asociación libre, fue capaz de desarrollar un claro entendimiento de la relación entre la mente y el cuerpo, él pudo entender y dar una explicación para el desarrollo de los síntomas de la histeria. El psicoanálisis permitió captar la repercusión de los conflictos inconscientes sobre la conducta y el organismo del individuo. El problema del lazo de unión entre los síntomas somáticos y los trastornos psíquicos fue uno de los primeros que abordó Freud con el descubrimiento de los fenómenos conversivos, que le hace hablar del "salto misterioso de lo psíquico a lo físico", lo cual mostró desde entonces la importancia de los síntomas corporales (cita Quintana, 1986).

Desde el estudio psicoanalítico de los fenómenos psicósomáticos se ha desarrollado, sobre todo en E.U., y a partir de 1930, el estudio de la enfermedad psicósomática, los primeros investigadores no distinguieron entre las reacciones psicósomáticas y las reacciones hísticas. Las figuras centrales en el campo de la medicina psicósomática fueron: Bernal (1957); Dunbard (1942-46); Walter Cannon (1950); Deutsch (1944); Franz Alexander (1950); Stwar Wolf (1950); Mirsky (1958); y Selye (1974); (cita Howard 1989).

Dunbard (1942) señala el perfil de personalidad de carácter hipertensivo, personalidad ulcerosa. Describe las correlaciones estadísticas entre las enfermedades y los tipos de personalidad, es decir, trombosis coronaria e individuos orientados a una meta,

seguros de sí mismos, agresivos. Sin embargo, estudios posteriores no corroboraron su trabajo. Después de Bernal, Cannon (1950) amplía las ideas de su precursor, introduciendo el concepto de homeostasis como tendencia de los organismos a reestablecer un equilibrio una vez que este ha sido alterado por factores que susciten cambios en su medio interno. Cannon consideró que el sustratum anatómico de las emociones estaba constituido por el diencéfalo y sus conexiones con las víceras y con la corteza cerebral, pensó que en la emoción, el diencéfalo, que recibe estímulos aferentes, excita a su vez al músculo esquelético y a las víceras mediante una "descarga descendente", en tanto que el componente subjetivo, el afecto, está dado por una "descarga ascendente" hacia la corteza cerebral (cita Howard, 1989).

Deutsch (1944, en Howard, 1989) toma como pauta explicativa de los síntomas psicósomáticos el mecanismo de los síntomas conversivos, en donde los factores psicológicos que perturban las funciones viscerales son específicos y, al igual que en la conversión tienen un contenido conceptual y un significado simbólico; la vícera afectada expresa ese contenido que es inconsciente para el sujeto. Deutsch pensó que un órgano específico era sensibilizado en la vida temprana por un traumatismo y su reacción emotiva acompañante. La unidad psicósomática, así creada se hallaba disponible posteriormente para responder a varios conflictos psíquicos.

Franz Alexander (1950)(en Howard, 1989) introdujo el concepto psicodinámico común subyacente, en el cual las personalidades francas diferían pero había una relación específica entre ciertas constelaciones emotivas y algunas respuestas fisiológicas. Del mismo modo que ciertos microorganismos patológicos tienen predilección por ciertas estructuras, algunos conflictos emocionales poseen también afinidades selectivas por ciertos órganos internos. A cada estado emocional corresponde una respuesta fisiológica característica que no es patológica en sí misma, pero que su persistencia, debida a los obstáculos que existen para su alivio, puede llegar a producir alteraciones estructurales.

Además del traumatismo emocional, los perfiles de personalidad y el conflicto emocional, han sido considerados como factores constitucionales implicados. Franz Alexander y colaboradores (1950), consideraron que a cada estado emocional corresponde un síndrome específico de cambios fisiológicos. Del mismo modo que si sentimos tristeza lloramos y si nos sentimos alegres reímos, nuestros órganos y sistemas responden también en forma específica a nuestras emociones. El miedo y la ira tienen su propio síndrome de cambios fisiológicos. No hay duda de que las tensiones emocionales transitorias producen cambios fisiológicos transitorios; resulta lógico pensar que situaciones crónicas residuales pueden producir cambios permanentes. Bajo la influencia de estímulos emocionales

continuos causados por conflictos no resueltos, las respuestas vegetativas se vuelven crónicas y con el tiempo pueden producir cambios tisulares irreversibles. Si una idea o sentimiento no pueden ser expresados, la acción concomitante del sistema nervioso vegetativo es bloqueada y la energía es mantenida internamente en "forma crónica". El autor no postula una relación específica entre un proceso psicológico y una enfermedad, si no entre una emoción y la función del órgano, lo cual representa conceptualmente un proceso importante (en Quintana, 1986).

Wolf (1950)(en Howard, 1989) se inclina por la inespecificidad, propone un enfoque de fuerzas múltiples en la vía común final, incluyendo fuerzas biológicas, psicológicas, sociales, económicas, hereditarias, familiares, y ambientales. Las creencias actuales hacen hincapié en componentes etiológicos multifactoriales que interactúan y producen vías neurofisiológicas y neuroquímicas complejas, es decir, estímulos psicológicos diferentes pueden producir las mismas respuestas vegetativas como respuestas a situaciones que ponen en peligro la integridad del organismo.

Otro de los conceptos importantes originados de la biología, que ha tenido gran influencia en la psicología es el concepto de "estrés", propuesto por el fisiólogo canadiense Selye (1956), este término equivale a la carga o fuerza externa. La magnitud de la fuerza externa y la capacidad del organismo para tolerar los cambios que ésta suscita en él determina el establecimiento de la homeostasis o bien una ruptura del equilibrio, y hasta la muerte. El concepto de "estrés" tiene sus antecedentes en Bernald (1957), los intentos del organismo para establecer un equilibrio mediante respuestas adaptativas a los agentes ofensores, haciendo notar que las respuestas adaptativas son mas destructivas que el ataque original (De la fuente, 1975).

La teoría de la tensión propuesta por Selye (1956) afirma que los recursos del organismo pueden agotarse durante experiencias prolongadas de tensión que exijan constante activación de los mecanismos de alarma-respuesta. Aparecen entonces síntomas psicofisiológicos a los que Selye llamó enfermedades de adaptación. Los síntomas son precipitados o empeorados por la tensión. Sin embargo, aún no se sabe por que no todos reaccionan ante la experiencia de tensión manifestando síntomas físicos. Muchos trabajos de investigación señalan que si se dispone de una red social de amigos y parientes que apoyen los acontecimientos productores de tensión causarán menos enfermedad que si se carece de ellos, así, es posible, que aquellos que disponen de sistemas de fuerte apoyo social posean además ciertas características de personalidad que les facilite superar la tensión, pero no en todos los casos es así, y es cuando las inclinaciones de la personalidad emiten determinados patrones psicofisiológicos en presencia de tensión (Selye, 1964).

El concepto de Selye sobre "enfermedades de adaptación" recalcó el papel del eje hipófiso-adrenal en su reacción al esfuerzo como el responsable de varios estados patológicos (Selye, 1964).

Tanto Wolff (1950) como Selye (1956), pensaron en enfermedades de adaptación causadas por situaciones de apremio (estrés) insistentemente repetidas o prolongadas (en Howard, 1989).

Los estudios de Mirsky (1959, en Howard, 1989) sobre la variabilidad individual de la secreción de ácido clorhídrico en el estómago constituyen contribuciones sobresalientes en ésta área.

A medida que fue pasando el tiempo el concepto de un sólo causante fue cediendo el paso gradualmente al actual punto de vista de que una variedad de factores son los que operan generalmente en el padecimiento. Ahora se considera que la mente, el soma y las manifestaciones de ambos deben ser entendidos en relación con la totalidad de un organismo que existe en interacción con otros, entonces sobre el concepto de organismo como totalidad se asienta el de personalidad entendida como una integración de fuerzas vectoriales; fuerzas que no son más que las necesidades humanas que tienen sus raíces en la estructura biológica y son modificadas por el ambiente social y cultural y que ahora el sujeto las experimenta como: impulsos, deseos, intereses, etc. Las necesidades humanas son el punto de partida de conflictos que ocurren cuando su satisfacción es interferida por barreras ambientales o por otras tendencias que por ser antagónicas generan conflictos internos.

Lo anterior, se refiere a la actual perspectiva que vincula a la psicología (los procesos mentales) con la medicina (los procesos fisiológicos), que constituyen el campo de las investigaciones psicofisiológicas, generalmente conocida como medicina psicosomática. Donde se acepta el principio de que lo que ocurre en altos niveles de integración, los niveles mentales, puede afectar las funciones que se integran a niveles inferiores, los niveles fisiológicos, a través de vías nerviosas centrales y periféricas y de mecanismos humorales; ya que las emociones expresan la unidad psicofisiológica del organismo. Cada emoción tiene un afecto, lo que subjetivamente experimenta el sujeto, un conjunto de procesos bioquímicos y neuroendócrinos, y la exteriorización de ese estado subjetivo y de ese estado fisiológico, mediante pautas expresivas tales como: cambios faciales, la contracción de músculos, rubor, llanto o aquellas que involucran órganos y tejidos. Por ello en sentido estricto todas las enfermedades son psicosomáticas (De la fuente, 1975).

La frecuencia con que aparecen las enfermedades psicofisiológicas ha sido cada vez mayor, lo cual, ha originado numerosas investigaciones al respecto. Estudios recientes

Stoudemire (1991) muestran el interés por los factores que pueden tener alguna influencia sobre el desarrollo de la expresión verbal de los afectos, pues considera que la somatización implica un componente lingüístico y uno conductual, en su artículo menciona las diferentes interacciones de los factores que pueden influenciar la adquisición y expresión de las emociones (affective language). Para considerar el desarrollo del lenguaje afectivo se deben tomar en cuenta varias perspectivas, además se considera el término de "Alexithymia" y dos términos derivados: "Somatothymia" y "Somatothymic"; para describir el uso de formas somáticas que comunican el estrés psicológico.

Los síntomas somáticos frecuentemente se presentan acompañados de ansiedad y la depresión. Stoudemire (1991) propone diferentes perspectivas para explicar la expresión de las emociones, una de ellas es la alternativa psicoanalítica en donde Freud originalmente investiga la conversión y la hipocondriasis, mas recientemente, otras perspectivas psicoanalíticas han investigado, de donde surge el término "Alexithymia" que originalmente fue usado para describir a pacientes psicósomáticos que parecen ser incapaces de verbalizar el estrés psicológico. El concepto fue introducido por Sifneos en 1973, postulando: "no words for mood", este concepto también puede ser relacionado con la descripción clásica de Ruesch (1944) sobre la personalidad infantil, en la cual, se creía que en los pacientes psicósomáticos se había detenido el desarrollo psicológico, por vulnerabilidad específica de los órganos a la persistencia de formas infantiles de expresión, condicionadas por factores socioculturales. La habilidad para verbalizar y expresar la tensión se consideraba psíquicamente bloqueada. Así la emoción es canalizada en síntomas somáticos, de acuerdo a la perspectiva psicoanalítica; Marty y M'Uzan (1963) consideraron que la capacidad de simbolización está disminuida en estos pacientes, así como la tendencia a enfocar los eventos externos, mejor dicho, los sentimientos internos, la dificultad para identificar y comunicar los sentimientos fue hipotetizada para conducir la expresión somática de la emoción, con la formación de síntomas psicofisiológicos. Mientras que Kristal (1988) considera la "Alexithymia" como una experiencia emocional fijada en un modo somático de expresión, debido a un deterioro en el desarrollo o a un trauma psicológico resultado de una constricción y regresión. Sin embargo, el concepto de "Alexithymia" ha sido criticado por que presupone que todas las emociones pueden ser expresadas, ya que hay culturas que no tienen un vocabulario sofisticado, sin embargo, Kirmayer (1989) considera que el repertorio para describir los matices de la experiencia emocional, no es suficiente pues menciona que todas las culturas poseen sus propios símbolos y rituales sociales para comunicar el estrés emocional, si ellos somatizan se puede entender como algo correcto y no simplemente como un modo pervertido de expresión emocional, por lo tanto, la somatización puede entenderse

como una manera de comunicar las percepciones subjetivas del propio estrés, puede también ser como un mecanismo para buscar ayuda, esa es la función del lenguaje somático, llamado "Somatothymic", por Stoudemire (1991). Lo cual, es causado por un desorden psicológico o deficiencia en alguna etapa del desarrollo(Stoudemire (1991).

La mayoría de las teorías psicoanalíticas suponen que la capacidad del niño para comunicar la afectividad es influenciada por un lenguaje no verbal recíproco durante las interacciones entre la madre y el niño, por lo tanto, si la madre responde de manera afectiva y es hábil para comunicarse con su hijo, no se deterioraran las representaciones mentales y el niño no tendrá dificultades en la diferenciación entre lo físico y lo emocional. La habilidad para diferenciar lo somático de lo físico, verbalizar y comunicar las experiencias resulta de la sincronía entre la comunicación recíproca no verbal y eventualmente una comunicación verbal entre madre e hijo (Stoudemire 1991).

Por otra parte, la teoría del aprendizaje considera al medio ambiente, a la familia, como posible determinante de la formación del lenguaje y la posibilidad de reforzar la tendencia a usar componentes físicos como señal de necesidades psicológicas y estrés.

Tanto los factores psicológicos como los socioculturales han recibido atención para explicar el desarrollo del lenguaje afectivo. Sin embargo, Nemiah y Hope (1980)proponen que la "Alexithymia" ha sido considerada como una comunicación deficiente entre los hemisferios, et.al. Mientras que Bretherton y Beeghly (1985) consideran que la socialización emocional es la base de la expresión de las emociones en las relaciones sociales posteriores.

Somatothymia se refiere a los pacientes que somatizan y refieren sus percepciones subjetivas y sensaciones que acompañan su estrés emocional, es decir, se refiere al tipo de lenguaje somático que los pacientes utilizan para comunicar sus conflictos psicológicos, estrés emocional y necesidades emocionales, et.al.

Para Lipowski (1990) el 80% de los pacientes depresivos somatizan como una manera de comunicar, lo que en clínica es llamado, estrés psicosocial, esto es apoyado por estudios realizados por Duer (1988), Hamilton(1989) y Fisch (1987), de lo cual se deriva la importancia de tratar de identificar las características de los individuos depresivos que parecen predisponerlos a la somatización. Han sido numerosas las características propuestas como: la edad, sexo, genética, personalidad, aprendizaje, factores socioculturales y emocionales los que predisponen a la somatización.

Lo anterior, muestra investigaciones en relación a la ocurrencia de la somatización, sin embargo, el examen cuidadoso sobre la literatura referente a las enfermedades

psicosomáticas revela pocos estudios sistemáticos relacionados con los desórdenes cutáneos, no obstante que la tendencia a la somatización muestra una especial predilección por la piel.

Doran (1985, en Lipowski, 1990) hizo un recuento de las perturbaciones dermatológicas que se relacionaban con factores psicológicos, los cuales, pueden precipitar, agravar, o perpetuar las perturbaciones de la piel como: neurodermatitis, pruritos, eczema, urticaria y psoriasis.

Los factores relacionados parecen ser característicos de personalidad, imitación de estilos, reacciones de estrés, inadecuado ajuste interpersonal y pobre autoestima, lo cual, sugiere la necesidad de terapia psicológica aunada con la evaluación médica para un tratamiento adecuado de los pacientes.

Los reportes sobre los factores emocionales relacionados con la neurodermatitis, también consideran una relación del estrés, el impacto de la ansiedad, la importancia de las bases sociales y el papel de los factores psicológicos o de personalidad (hostilidad, perfeccionismo, autoestima) Ramsay (1988, en Lipowski, 1990).

Estudios psicobiológicos han empezado a explorar la psicodermatología respecto a las influencias psicofisiológicas de histaminicos, serotonina, noradrenalina, dopamina, así como mecanismos neuroendócrinos e inmunológicos, lo cual, ha incrementado el conocimiento de mecanismos neurobiológicos y abre perspectivas de tratamiento, sin embargo, la relación entre los factores psicológicos y la neurodermatitis aun no ha sido investigada de manera sistemática, la ansiedad y la tendencia a los desórdenes psicofisiológicos como la migraña y la irritación del colon han sido reportados en muchos trabajos realizados.

Por lo anterior y de acuerdo a los estudios mencionados en relación a los posibles factores psicológicos relacionados con las enfermedades psicofisiológicas y a la pocos estudios que se han hecho, específicamente con neurodermatitis, surge el interés en el estudio de las alteraciones psicofisiológicas relacionadas con la piel, por ser manifestaciones reales (prurito, piel seca y con surcos) donde de base hay un factor psicológico importante e implicaciones emocionales que originan síntomas fisiológicos observables.

### **1.3. TIPOS DE TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS**

Las alteraciones psicofisiológicas que se observan afectan en especial a seis sistemas orgánicos: sistema músculo-esquelético, respiratorio, cardiovascular, vías gastrointestinales, genitourinario, y la piel (Salomón, 1976).

Las formas mas comunes de estas alteraciones son:

- 1.- Sistema músculo-esquelético: lumbagia, calambres, cefalagia.
  - 2.- Aparato respiratorio: hiperventilación, asma bronquial, rinitis.
  - 3.- Sistema cardiovascular: taquicardia, hipertensión y migraña.
  - 4.- Aparato digestivo: gastritis, úlcera péptica, duodenal, colitis, hiperacidez pirosis, eructo nervioso, colon espasmático y estreñimiento o diarrea crónicos.
  - 5.- Aparato genitourinario: amenorrea, menorragia, polimenorrea, dismenorrea, impotencia, eyaculación prematura, disfunción orgásmica, vaginismo, disuria, polisuria y enuresis.
  - 6.- LA PIEL: dermatitis reaccionales: eczema, urticaria y neurodermatitis.
- Dos sistemas menos frecuentes son:
- 7.- Sistema-endócrino: obesidad, hipertiroidismo, diabetes.
  - 8.- Aparato-locomotor: reumatismo y artritis.

Es conocido que la piel puede revelar mucho sobre el estado emocional de una persona (rubor, relacionados con la vergüenza y la excitación; la palidez, relacionado con el temor, la sudación), estos son ejemplos claros, sin embargo, al tratar padecimientos como la neurodermatitis y ver que los medicamentos no parecen ser satisfactorios en la cura definitiva del padecimiento, esto tal vez refleje la necesidad de ver mas allá de la eliminación temporal del síntoma y ver la relación que existe entre esta enfermedad (psicosomática) y los factores psíquicos, que ya fueron señalados anteriormente, ahora se hablará un poco mas sobre el importante papel que juegan las emociones en la producción de la dermatitis (Wilson 1854)(en Allison 1953).

Brocq y Jacquet, (1891) emplearon el término de neurodermatitis para hacer alusión a la relación del sistema nervioso con la piel, es decir, a trastornos de desequilibrio neurovegetativos; ya que los síntomas son: piel pálida por vasoconstricción sostenida, una reacción disminuida a la histamina, una respuesta anormal a la acetilcolina (blaqueamiento), y una respuesta capilar lenta al calor o al frío; con las emociones; Besnier (1892) reconoce de entre el grupo de prurigos uno que se relaciona con el asma bronquial, rinitis vasomotora y su prevalencia familiar, mas tarde Kreibich (1909) publicó un trabajo sobre el factor psicógeno en ciertas dermatosis, lo cual es apoyado por otros autores (cita Córdova, 1992).

La alternancia de otras enfermedades con la neurodermatitis dió lugar a que ésta se ligara con un estado de predisposición constitucional de carácter hereditario que predisponía al individuo a determinadas enfermedades.

Coca (1931) crea el término de "atopia" para designar algunos estados de hipersensibilidad humana. Posteriormente se ocupan varios autores del término, uno de ellos es Sulzberger y Feinber (1940) llaman a la neurodermatitis "dermatitis atópica", término que ahora utilizan las escuelas Anglosajonas para hacer ver la intervención de una forma especial de hipersensibilidad llamada atopia, que a diferencia de la alergia que es específica y adquirida, a qui es inespecífica y constitucional. Para Coca (1931), Sulzberger y Feinber (1940) se trata de una reacción de hipersensibilidad inespecífica y constitucional, es decir, sería una manera de ser y enfermar muy particular, en donde intervienen diversos factores (en Córdoba, 1992).

Otras contribuciones que apoyan la participación de aspectos psicológicos e inmunológicos en la manifestación de neurodermatitis, en nuestro país, están representadas por autores como: De la Fuente (1964), Campos (1964) Santamaria (1978), Córdoba (1992) y Quintana (1986); que han dado mayor importancia a este aspecto de la dermatología.

### **1.3.1 DERMATOSIS REACCIONALES**

La piel es un órgano frontera que puede ser agredido por factores externos (el sol, insectos o sustancias químicas) e internos (las emociones), y su respuesta a esas agresiones es limitada a unos cuantos cuadros dermatológicos llamados síndromes reaccionales de la piel, como: urticaria y dermatitis.

-Urticaria: reacciones por alimentos, medicamentos, pólenes, hongos, bacterias, virus, frío, calor, o factores psíquicos (Saúl, 1986).

-Dermatitis: denota un síndrome reaccional inflamatorio de la piel, que se muestra diferente cuando es agudo que cuando es crónico. En el primer caso la piel toma un aspecto "lloroso" y se emplea la palabra eczema (del griego eczein= salir). Cuando es crónica, la piel es seca, gruesa (liquenificada) muy pruriginosa.

Es necesario darle un apellido a la dermatitis para el diagnóstico diferencial: dermatitis por contacto, dermatitis solar, dermatitis por medicamentos, neurodermatitis, dermatitis seborréica, dermatitis microbiana, prurigo solar.

### **1.3.2 NEURODERMATITIS**

De acuerdo a la medicina el término se define como: Una dermatosis localizada casi siempre en la nuca, cara interior de los muslos, región púbica y en el dorso de las manos. Es una afección crónica, produce prurito y es semejante al liquen. La lesión dermatológica se acompaña de profundos surcos debidos a la constante irritación y rascaduras.

Existen dos tipos de neurodermatitis:

### 1.3.3 NEURODERMATITIS CIRCUNSCRITA O LIQUEN SIMPLE DE VIDAL

Se trata de placas liquenificadas, muy pruriginosas que aparecen en: la "nuca", frente, caras externas o internas de piernas, dorso de pies y manos y eventualmente en otros sitios. Son evidente resultado del círculo vicioso: prurito-rascado-liquenificación-prurito y se presentan sobre todo en personas jóvenes, inquietas que sin darse cuenta llevan la mano a ciertos sitios que traumatizan continuamente hasta producirse las lesiones pruriginosas que iniciarán el círculo vicioso. No es raro que este padecimiento se complique con dermatitis por contacto por la aplicación de: ajo, linón, sol, etc., o que los pacientes se infecten por el rascado.

### 1.3.4 NEURODERMATITIS DISEMINADA O DERMATITIS ATÓPICA

Es un estado reaccional por múltiples factores aún en discusión y caracterizada por una piel seca que presenta períodos de dermatitis aguda y/o crónica, rebelde a los tratamientos médicos (Saúl, 1983).

El curso de esta enfermedad escapa a toda predicción, sin embargo, algunos autores piensan que mientras mas temprano se inicie, mas fácil será la liberación del síntoma en la vida adulta, lo cual es inadmisibile si se considera la existencia de un fondo psicológico importante en la manifestación de la enfermedad. El pronóstico guarda una relación directa con las complicaciones que pueden originar, desde infecciones sin importancia hasta otro tipo de dermatosis, o bien con el tratamiento que se le de al paciente.

En nuestro país es una enfermedad muy frecuente, ocupa el 10° lugar dentro de la patología dermatológica, en especial en la primera década de la vida. Es relativamente mayor en mujeres y no hay predomnio racial, pero suele verse mas en personas de clase media o alta.

Resumiendo se podría decir, que se trata de una enfermedad de origen constitucional con influencia familiar y psicológica.

Sulzberger y Feinber (1940), proponen una clasificación de la neurodermatitis en donde la fase del adulto se caracteriza por: una mínima proporción sobrepasa la edad adulta, el padecimiento es de menos severidad y cuando esto sucede las lesiones se presentan en los párpados, alrededor de la boca, en las manos, y en los pliegues en forma de placas liquenificadas o vesículas con mucho prurito, todo ello con huellas de rascado. Su evolución es por brotes, aunque a veces puede mantenerse permanente.

El rascado de las lesiones favorece infecciones, agregando o manifestando pústulas y costras melicéricas, dada la tendencia de los pacientes a aplicarse medicamentos, la enfermedad se sale de sus sitios, se extiende a todo el cuerpo, y puede provocar una dermatitis por contacto.

Debido a la confusión que se pudiera dar para diferenciar la neurodermatitis diseminada, en 1977 Hanifin y Lobits, intentaron delimitar características propias de la enfermedad que llamaron "criterios mayores" y "criterios menores", para diagnosticar a la neurodermatitis. Consideraron pacientes con neurodermatitis atópica a todos aquellos que presentaban dos de los siguientes criterios: Historia familiar de asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica, reacción inmediata a prueba cutánea, cosa que ya había citado Besnier (Hanifin y Lobits, 1989).

Debido a que se trata de un trabajo con una perspectiva meramente psicológica, se ahondara un poco mas en los factores de personalidad, emocionales, psicológicos y ambientales como causantes de la enfermedad, otros factores relacionados solo serán mencionados.

#### **1.4 FACTORES RELACIONADOS CON LA NEURODERMATITIS**

En los pacientes con neurodermatitis diseminada se encuentran antecedentes de atopia en un 80% de los casos, en épocas tempranas de la vida, con exacerbaciones y remisiones (Córdova, 1992). Hay familias con dos o mas miembros que presentan dermatitis atópica, rinitis alérgica colitis ulcerosa, migraña, alopecia areata y/o asma.

Lo que si es un hecho es que estos pacientes nacen con una piel especial: seca, que retiene el sudor, se le marcan con exageración los pliegues, es hipersensible, responde con prurito a cualquier estímulo: calor, frío, lana, jabón, medicamentos, cosméticos, emociones, etc., es decir, es una piel con poca resistencia a sustancias irritantes.

**Factores vasculares:** Causantes del dermatografismo blanco, como respuesta anormal a la acetilcolina.

Se habla también de **factores genéticos** que aún no se han precisado, aunque se ha postulado que es una enfermedad con un patrón de herencia de tipo dominante, poligénico con expresión variable, condición que se apoya por su expresión familiar. Como posibilidad se plantea a la neurodermatitis como un fenotipo con varias posibilidades genótípicas.

Para algunos autores los **factores inmunológicos** juegan un papel importante en la presencia de la enfermedad, pues un rasgo de la atopia es la inestabilidad inmunológica, es

decir que el paciente fácilmente desarrolla anticuerpos humorales frente antígenos muy diversos, mediante los procesos de inmunidad humoral e inmunidad celular que produce un aumento en la producción de anticuerpos, provocando una hipersensibilidad. Se ha observado que pacientes con neurodermatitis atópica son mas susceptibles a infecciones virales.

**Factores neurovegetativos:** El nombre de neurodermatitis se basa en que estos pacientes presentan respuestas cutáneas anormales que dependen del sistema nervioso autónomo como: vasoconstricción sostenida, blanqueamiento de la piel, reacción disminuida de histamina (provocando prurito), dermatografismo blanco, trastornos de vasoconstricción y vasodilatación periférica, respuesta capilar lenta al calor y al frío, disminución de la temperatura digital. Desde luego que ciertos factores ambientales empeoran el padecimiento como lo es el clima (Saúl, 1986).

**Factores psicológicos:** Un aspecto muy debatido es el hablar de una personalidad atópica, sin embargo, si los rasgos básicos de la personalidad tienen una base genética, nada estorba pensar que así como se hereda la atopia puede heredarse una personalidad especial ligada a ese tipo de piel distinta a la de los demás. Esta personalidad será modificada por factores ambientales e influenciada por la misma enfermedad en un círculo vicioso. Es conocida la relación que existe entre el estrés emocional en pacientes con neurodermatitis atópica, aunque aún no son claros los mecanismos o funcionamiento de esto. El enfermo tiene determinados rasgos o caracteres psicológicos que han llevado a algunos autores a describir una personalidad atópica, con tendencia a la labilidad emocional, ansiedad, hipersensibilidad, hostilidad y agresividad reprimida.

Situaciones conflictivas que angustian al paciente, como la presentación de un exámen, disgustos familiares, noticias de accidentes familiares, es decir, generalmente a la enfermedad le precede un factor emocional que desencadena cambios fisiológicos, bioquímicos e inmunológicos, en ciertas personas, y se manifiestan en esta enfermedad. Los cambios emocionales producen alteraciones bioquímicas en la piel y estos a su vez influyen en la respuesta alérgica al reducir el umbral del prurito, vasodilatación y sudoración. Entonces las emociones preceden a la aparición del prurito, como consecuencia el rascado con el subsiguiente desarrollo de una erupción en el área rascada. El rascado inicial bien puede ser una salida emocional.

De la Fuente (1975) considera que existe una estrecha relación entre lo que una persona siente y quiere con su estado de salud o enfermedad. Menciona que para comprender la psicogénesis de una enfermedad basta considerar los conflictos psicológicos

de los enfermos y verlos con la misma objetividad con que se observa el funcionamiento de cualquier órgano del cuerpo. Desde el criterio psicogénico el síntoma es la expresión simbólica de un conflicto mental, y otras veces, es la respuesta de un organismo a ciertos estímulos emocionales persistentes o recurrentes. Pero no solo aquellas emociones que el sujeto experimenta abiertamente, sino aquellas que reprime, particularmente la hostilidad y la dependencia. El hecho de que no nos percatemos de la existencia de los procesos psicológicos no significa que no existan o que no impriman fuerza motivadora a nuestra conducta. Precisamente su existencia se infiere por sus efectos, en ocasiones el síntoma puede tener significados especiales para el paciente, como el satisfacer una necesidad personal de afecto, seguridad, atención o prestigio, otras veces el paciente está sufriendo las consecuencias de sus tensiones no resueltas.

Dado que los conflictos mentales se originan en el vivir en relación recíproca con otros individuos que portan metas, ideales, restricciones y prohibiciones dentro de un grupo o una sociedad, es necesario para entender las causas de la salud o la enfermedad tomar en cuenta las circunstancias, el ambiente y cultura del individuo. Por ello cuando un individuo enferma es por que el padecimiento ocurrió en un momento biológico y psicológico de la existencia del paciente y por que factores físicos, químicos u orgánicos y acontecimientos personales en su relación con otros individuos, han coincidido; la historia personal de cada sujeto determina su vulnerabilidad a los agentes ofensores. Así mismo, la personalidad debe ser comprendida como un proceso en el cual fuerzas biológicas y culturales se integran haciendo posible que el organismo funcione como una totalidad (De la Fuente, 1975).

El Ambiente familiar en estos pacientes es habitualmente negativo, las madres son rígidas, perfeccionistas y dominantes, con poca receptividad para las necesidades afectivas de sus hijos, existe ansiedad marcada de los padres, la relación entre sus padres generalmente es conflictiva, en ocasiones, el paciente vive en guarderías o internados y recibe poca o ninguna atención de sus padres, que en cambio exigen mucho de él. Se ha demostrado que estos pacientes sienten consciente o inconscientemente el rechazo materno existen sentimientos de hostilidad y agresión (Miller, 1948).

### **1.5 ESTUDIOS REALIZADOS RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO**

Green-hill y Finesinger (1942, en Santamaria, 1978) usaron una batería de pruebas, compararon 32 casos de pacientes con neurodermatitis atópica con 16 pacientes con lupus eritematoso, 20 pacientes psiconeuróticos y 20 sujetos normales, concluyendo que los pacientes con neurodermatitis atópica. Muestran mas síntomas de neurosis y hostilidad marcada en su infancia que los sujetos normales.

Maclaughlin, Shoemaker y Guy (1953) usaron el M. A. S. (Manifest Anxiety Scale), el MMPI y el Rorschach. Lo aplicaron a 30 adultos con neurodermatitis atópica, cuatro de los pacientes fueron descritos en los límites de las psicosis, con ansiedad, dependencia de las figuras paternas, destructividad, agresividad, superioridad y hostilidad, no definen claramente el perfil de personalidad de los pacientes.

Así mismo, Marmor (1956) encontró precedentes de rechazo, negligencia o separación necesaria de la madre. El autor observó que la neurodermatitis es una enfermedad de adaptación a una reacción al estrés en una persona predispueta hereditariamente (en Santamaria, 1978).

Macalpine (1954) mencionó que los estudios de personalidad pueden indicar una asociación entre rasgos de personalidad particulares pero no indican una relación causal. Para él es muy probable que el paciente sea un psiconeurótico con enfermedad de la piel como manifestación

Campos (1964) realizó una tesis sobre neurodermatitis, en la cual, analizó el factor psicológico, afirmando que dicho factor es indiscutible en la manifestación del padecimiento. Trabajo con un grupo de 20 pacientes con neurodermatitis diseminada y un grupo control de 20 pacientes dermatológicos cuyos padecimientos no implicaban aspectos emocionales sino orgánicos. A los dos grupos les aplicó pruebas proyectivas como: Rorschach, Machover y T.A.T., sólo en el primer grupo encontró antecedentes de asma e hiperactividad; así como rasgos obsesivos, agresividad autodirigida y depresión.

Jacobs (1966) estudió a 41 pacientes con asma, fiebre de heno y neurodermatitis diseminada y los comparó con un grupo control. Utilizó pruebas cutáneas para observar el efecto somático en los pacientes y a los padres les aplicó pruebas proyectivas. En el 75% del grupo problema encontró factores somáticos con evidencia de dominancia materna y poca afectividad paterna. En el 75% del grupo control los factores somáticos no coincidieron con los psicológicos, lo cual sugiere que los resultados de los disturbios emocionales son parte de una predisposición hereditaria (en Santamaria, 1978).

Brown (1967) encontró en una revisión de estudios psicológicos a pacientes con neurodermatitis atópica alta incidencia de síntomas depresivos y no necesariamente otras enfermedades psicósomáticas. Rechard (1970), encontró que el 34% de los pacientes experimentan desintegración familiar antes de los 16 años.

Wittkower y Russell (1953) buscaron el tipo de personalidad de pacientes con neurodermatitis atópica, su muestra consistió de 90 pacientes militares, 71 con neurodermatitis atópica, 19 liquen simple y un grupo control. El 70% de los pacientes

tuvieron estrés emocional antes del inicio de la dermatitis y en términos de su personalidad presentaron puerilidad, inmadurez, resentimiento, incapacidad para manejarse por sí mismos y el 50% un desajuste sexual moderado.

Ahmar y Kurban (1976) realizaron un estudio con tres grupos diferentes de 20 personas cada uno. El grupo 1 de pacientes con neurodermatitis atópica, el grupo 2 pacientes con otras dermatosis no psicogénas y el grupo 3 con personas normales. A los 3 grupos se les aplicó el M.A.S. (Manifest Anxiety Scale) y el MMPI. Los resultados revelan que los pacientes del grupo 1 y los del grupo 2 sí fueron diferentes del grupo 3, mostrando los dos primeros grupos anomalías psicológicas definidas, siendo el primer grupo el de mayores anomalías, el perfil psicológico de los pacientes se caracterizó por tener ansiedad manifiesta, neurosis e hipocondría, lo que reafirma lo encontrado por Obermeyer en 1955.

Santamaria (1978) realizó un estudio para obtener el perfil de personalidad de pacientes con neurodermatitis diseminada, su muestra consistía en 30 pacientes mayores de 12 años. Tanto a los pacientes como a sus madres se les aplicaron pruebas. A los pacientes se les aplicó el Machover y la prueba de colores de Lucher, mas una historia clínica; a las madres de los pacientes se les aplicó. El Examen Femenino de Compatibilidad Conyugal para investigar la relación marital que de alguna manera influye en el desarrollo del niño o del paciente, lo mismo se hizo con un grupo control sin ningún antecedente atópico. Encontró el 60% de pacientes femeninos, 66% residentes del D.F., 26% con antecedentes familiares de neurodermatitis, 23% asociación con rinitis y 16% con asma y 73% apareció la dermatosis en época de lactancia. El 36% de los pacientes eran primogénitos, el 23% ocupaban el segundo lugar y el 16% eran los menores. También encontró en los pacientes con neurodermatitis facilidad para el llanto, fobias, encuresis, agresividad manifiesta, separación temporal o divorcio de los padres y violencia materna. El estudio mostró que las relaciones entre los padres eran malas, no existía apoyo ni consideración hacia lo que cada uno necesitaba, se encontró entre las parejas crítica negativa, e incluso el 46% de los casos estaban separados. En los pacientes se encontraron manifestaciones de depresión y ansiedad. El perfil psicológico de los pacientes con neurodermatitis fué de neurosis depresiva ansiosa, inmadurez, inseguridad, evasión de las relaciones sociales, pensamiento fantasioso y problemas con la imagen corporal.

Tapia y Dorado (1984) en su trabajo consideraron a la piel como un órgano de respuesta emocional, en donde esta es la causa de la psoriasis el objetivo principal de esta investigación fue determinar las características de personalidad de 30 pacientes con psoriasis, comparándolo con 30 pacientes con dermatitis por contacto. En los puntajes

obtenidos en la prueba de Apercepción temática de Murray, el Rorschach y una entrevista semiestructurada. En sus resultados encontraron en los pacientes con psoriasis características de personalidad que incluyen elementos depresivos, frustración y dificultad para establecer relaciones interpersonales, como limitación del estudio y sugerencia para posteriores trabajos mencionan el realizar un estudio comparativo con un grupo control sin padecimientos de la piel y considerar otras variables como el nivel socioeconómico y sexo.

Quintana (1986) realizó una revisión de la literatura sobre estudios realizados con psicodermatosis, con el objetivo de obtener una mayor panorámica de lo que le sucede al paciente, es decir, de la manera en que este se enfrenta a los peligros, "convirtiendo" el miedo o angustia inherentes a ciertas situaciones conflictivas para él, en manifestaciones o síntomas somáticos, para atenuar la angustia. En el examen mental de los pacientes encontró características de infelicidad, e interrelación defectuosa; así como intranquilidad, tristeza, miedos y temores diversos. Lo cual, también nos habla de una neurosis depresiva con elementos de ansiedad.

Córdova (1992) en su trabajo demostró que la dermatitis atópica es una enfermedad con hipersensibilidad inespecífica (atópica), considerando marcadores de atopia datos clínicos cutáneos como: prurito, signos y síntomas de la enfermedad, tendencia a la cronicidad y recurrencia e historia familiar de atopia (asma, rinitis y dermatitis atópica).

De lo anterior se puede postular que este tipo de trastornos psicofisiológicos puede ser el resultado de una variedad de factores, es decir, es un padecimiento multifactorial (intervienen factores: constitucionales, genéticos, ambientales, emocionales y de personalidad). Por lo mismo, debe considerarse esto en las decisiones terapéuticas, ya que tan importante es reducir el prurito como la tensión emocional y constituir un tratamiento más viable que incluya considerar al paciente como un caso individual, contar con una historia clínica, conocer la personalidad del paciente, por tanto sus vulnerabilidades, tener información sobre cambios ambientales, madurez y fuerza emocional del paciente, así, como si ha tenido pérdidas importantes, su estado emocional antes y después del padecimiento, y su situación actual. Todo ello con el objeto de evaluar la influencia de los factores psicológicos y emocionales en la enfermedad. Es decir, otorgar un tratamiento médico auxiliado por un tratamiento psicoterapéutico enfocado a una rehabilitación psico-social, de esta manera se obtendría una más rápida y prolongada mejoría.

Al analizar los estudios hechos a pacientes con neurodermatitis atópica, se ha visto que estos individuos comparten ciertas características de personalidad, aunque aún no está establecido el grado en el cual estos rasgos son constitucionales, de desarrollo o si son el

resultado de la enfermedad. Entre las características que se han observado, se encuentran irritabilidad, tensión, hipersensibilidad e introversión. Sin embargo, aún en nuestro medio ningún tipo de personalidad se ha señalado, para los pacientes con este padecimiento.

Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo es encontrar el perfil de personalidad de los pacientes con neurodermatitis a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), versión en español (Lucio y Reyes, 1992).

## **CAPÍTULO II**

### **PERSONALIDAD, DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL MMPI Y MMPI-2**

#### **INTRODUCCIÓN**

Dentro de la psicología, la personalidad es un término ampliamente usado y básico para explicar al individuo; su definición ha despertado polémicas y diversas maneras de abordarla, sin embargo para el presente estudio se considerará la teoría de los rasgos por ser la base que sustenta al inventario, (MMPI-2), empleado para la presente investigación.

En el presente capítulo se presentan, además el desarrollo y construcción del MMPI y MMPI-2, así como algunas investigaciones realizadas, con los instrumentos como antecedentes del presente estudio.

#### **2.1 PERSONALIDAD**

Dentro de la psicología, actualmente, ningún otra área como es el de la personalidad cubre un campo tan extenso por ser un área importante de estudio, sus investigaciones resultán abundantes y sus teorías son muchas, todas ellas con el interés de estudiar la personalidad y poder entender al ser humano, tanto a un nivel individual como a un nivel social, para poder explicarla de acuerdo a su teorías.

Por lo tanto, hablar de personalidad no es labor sencilla, ya que ha sido uno de los términos mas discutidos dentro del campo de la Psicología.

Como ya se mencionó son diversos los teóricos que han estudiado y propuesto diversos enfoques desde diferentes corrientes del término personalidad.

Anastasi, (1967) menciona la importancia que el estudio de la personalidad tiene dentro del campo de la psicología, que puede explicarse en función de varias razones: primero, nos permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, etc., de determinada manera. Segundo, integra en un sólo concepto los conocimientos que podemos adquirir por separado de aquellas facetas, abstraldas de una totalidad (la persona), como son la percepción, la motivación, el aprendizaje y otras. Tercera, aumenta la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta del individuo. Cuatro, nos ayuda a conocer como se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad (en Ampudia, 1994).

Muchas de las investigaciones realizadas en este campo se han basado en los conceptos de rasgos, por ser la aproximación teórica en los estudios sobre inventarios de personalidad, al ser la base conceptual de la aproximación psicométrica.

Se define al rasgo como una característica o dimensión persistente de las diferencias individuales.

Podría decirse que la personalidad es un sistema dinámico como se expresa en la siguiente definición: "La personalidad es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular adaptación al ambiente" (Allport, 1974 pag.24).

Según Allport la teoría de la personalidad debe reunir cinco requisitos para su estudio, como centrarse en el organismo, considerarlo como organismo lleno, considerar a la motivación como un factor de la estructura, emplear unidades de análisis suficientes para producir una síntesis adecuada y ubicar apropiadamente al fenómeno de estudio. Define la Personalidad como: "La organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característico" (Allport, 1974 pag.24). Al tratar de explicar más ampliamente su definición, hace una revisión breve de los conceptos claves de ésta.

**La organización dinámica:** implica el proceso recíproco de desorganización-organización, especialmente en las personalidades anormales en los que se produce una progresiva desintegración.

**Psicofísico:** este término nos recuerda que la Personalidad no es ni exclusivamente mental ni exclusivamente neural (física).

**Sistemas:** todo sistema es un complejo de elementos en mutua interacción.

**Determinan:** todos los sistemas comprendidos en la personalidad han de considerarse como tendencias determinantes. Ejercen una influencia directriz sobre todos los actos adaptativos y expresivos mediante los cuales es conocida ésta.

**Características:** toda la conducta y todo pensamiento son característicos de la persona.

**Conducta y Pensamiento:** sirven para la supervivencia y el crecimiento del individuo: son modos de adaptación al medio y de acción sobre el mismo, originados por la situación ambiental en el que se encuentra el individuo; modos elegidos y dirigidos por los sistemas psicofísicos comprendidos en nuestra personalidad.

El elemento estructural en la teoría de Allport es el rasgo, una tendencia determinante, o una predisposición a actuar. Dos individuos no tienen nunca el mismo rasgo, pero las analogías culturales y biológicas permiten un número limitado de modos de adaptación comparables en términos generales. Un rasgo representa el resultado de la combinación, o integración, de dos o más hábitos.

Los rasgos no sólo sirven como base de descripción de la personalidad, sino que también se refieren a predisposiciones generalizadas para la conducta.

Allport, (1977) hace varias distinciones entre clases de rasgos. En primer lugar distingue entre rasgos comunes y disposiciones personales. Rasgos comunes son los comparables entre personas y se aprecian en función de los valores elegidos: teórico, económico, estético, social, político y religioso. Son los seis tipos idealizados de hombre, basados en los intereses peculiares que tienen sus medios culturales, en la clasificación de Edward Sprange, filósofo alemán. Los tipos de Spranger son modelos ficticios, pero tienen utilidad en la nomenclatura de la personalidad.

Los rasgos, dice Allport, son modos de adaptación asentados sobre disposiciones neurales propias de orden complejo. Ellos determinan las percepciones selectivas de los estímulos y la elección de las respuestas respectivas; por consiguiente, muestran unos efectos motivacionales, inhibitorios y selectivos sobre los elementos específicos de la conducta.

Otro de los conceptos importantes de la teoría de Allport (et.al) es que las esperanzas, los deseos, las ambiciones, las aspiraciones y los planes de una persona están todos representados con el término intención, y que establece que lo que el individuo trata de hacer es la clave más importante para saber como se comporta en el presente. La intención, entonces, surge de la motivación.

Allport (1970) concibe un rasgo como una combinación de motivos y hábitos; se trata de un sistema neuropsíquico que determina en gran parte los estímulos que serán percibidos, a esto le llama percepción selectiva y las respuestas que serán formuladas le llama acción selectiva.

Conforme a su postura, cada individuo posee un número determinado de tales estructuras mentales que determinan su conducta de forma única. Un rasgo es un sistema neuropsíquico generalizado y centralizado peculiar al individuo con la capacidad de hacer funcionalmente equivalentes a muchos estímulos y de iniciar y conducir una formas consecuentes equivalentes de conducta adaptativa y expresiva.

Allport (1970) encontró que en la lengua de cualquier pueblo civilizado, hay de tres mil a cinco mil palabras referentes a rasgos de la personalidad.

Existen dos categorías de palabras prácticas que describen la personalidad, los Rasgos y los Tipos.

Un rasgo de personalidad es un conjunto de respuestas similares que ocurren y varían juntas, de manera que se pueden describir con un solo término; el rasgo se infiere a partir de las respuestas. Los rasgos de la personalidad suelen ser adjetivos, como celoso, inquisitivo, cruel y cínico. Una actitud es un rasgo de la personalidad con significado social, político o religioso, como liberal y piadoso. Un rasgo de carácter es un rasgo de la personalidad con significado ético o moral como honrado y sincero.

Un síntoma también es un rasgo, de una personalidad anormal. Un tipo de personalidad es una agrupación de muchos rasgos de personalidad, que forman un modelo o arquetipo. Los tipos de personalidad suelen ser sustantivos, como napoleónico, inglés, cristiano, etc. Un síndrome es un tipo de personalidad anormal.

Los nombres de los rasgos y los nombres de los tipos se dan en pares bipolares (los aspectos negativos y positivos del mismo rasgo o tipo), uno el inverso del otro, por ejemplo insensible-hipersensible, y cortés-descortés, etc.

Por lo tanto, las descripciones de la personalidad pueden enunciarse en términos de rasgos o tipos. Algunos autores coinciden con Allport, (et.al) en que los rasgos se pueden estudiar dimensionalmente, como aspectos de la psicología de las diferencias individuales en términos de disposiciones personales. Cuyo objetivo primordial radica en establecer inferencias de la estructura de la personalidad comparando distintos grupos de personas (Tyler, 1975).

Stern (1938, en Wolman, 1968) sostenía la idea de que la personalidad es el punto de reunión de lo físico y lo mental, la herencia y el ambiente, lo sobresaliente y lo inserto, lo total y lo parcial; cada individuo se compone de partes y denominó rasgos a las partes constantes y teleológicas (causas finales) de las actividades de la persona. La personalidad es una "unitas múltiple", una unidad compuesta de elementos, y Allport (1970) aceptando esta idea trató de fijar los factores básicos de esta "unitas" concediendo la máxima importancia a los factores teleológicos adquiridos.

El rasgo según Cattell (1965) es una "estructura mental" que se infiere a partir de la conducta observada y destinada a explicar la regularidad o coherencia de ésta. Menciona que existen rasgos comunes presentes en los individuos que comparten ciertas experiencias

sociales. Así mismo existen rasgos singulares que solo corresponde a un individuo particular, hace la discriminación entre rasgos superficiales, que representan grupos de variables que operan en conjunto, rasgos fundamentales que representan variables subyacentes.

Los rasgos pueden dividirse en dos clases: los concernientes a la efectividad del logro de un objetivo, que son conocidos como rasgos de aptitud y los que atañen los aspectos constitucionales de la respuesta como velocidad, energía, reactividad emocional que son designados rasgos de temperamento, basándose en que la Personalidad es aquello que permite predecir lo que una persona hará en determinada situación. Considera que los Teóricos de la Personalidad de hoy han descuidado los aspectos hereditarios de la Personalidad; acentúa la estructura de ésta con respecto a su pasado biológico y a sus determinantes sociales.

Eysenck (1961) piensa que al trabajar no es necesario limitarse a un pequeño sector, considera que debe abarcarse en todos sus aspectos, para investigar los factores de la Personalidad utiliza tests de clasificación, cuestionarios y otras medidas psicológicas. Ha vinculado dichos factores con ciertos procesos básicos del aprendizaje, originando una nueva gama de posibilidades de investigación. La principal característica del enfoque de este autor, es el análisis factorial de un marco teórico.

La definición dada por Eysenck (et.al) gira alrededor de cuatro patrones de conducta: el cognoscitivo (inteligencia), el conativo (carácter), el afectivo (temperamento) y el somático (constitución).

Considera que la personalidad es "La suma total de todos los patrones conductuales presentes o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente; se origina y desarrolla mediante la interacción funcional de los sectores formativos en que se organizan estos patrones conductuales".

Eysenck (1947)(en Eysenck y Eysenck, 1961) utilizó tests objetivos de personalidad, recurriendo al análisis factorial y demostró con pruebas mucho más sólidas que, introversión-extroversión constituyen una dimensión de la personalidad no solo fundamental, sino también llena de sentido. En primer lugar descubrió que el diagnóstico psiquiátrico de los enfermos neuróticos eran de dos clases principales, que el denominó distimia e histeria.

Eysenck, (et.al) al usar técnicas de análisis factorial para su estudio de la personalidad, considera que la estructura de la personalidad es de naturaleza jerárquica, y ha postulado cuatro niveles de organización.

En el nivel inferior se encuentran las respuestas que ocurren en una única ocasión, que no llegan a ser sistemáticas y que esencialmente son producidas por factores azarosos que sólo están presentes en esa oportunidad. En el siguiente nivel, las respuestas habituales se caracterizan por una significativa confiabilidad (es decir, si se presentan circunstancias semejantes, muy probablemente se repitan). Un tercer nivel se refiere a los rasgos, que están compuestos por respuestas habituales que se correlacionan entre sí hasta formar un grupo que define el rasgo (por ejemplo, la persistencia). En el nivel más alto, se perfila el tipo, que está compuesto por un grupo de rasgos que se intercorrelacionan específicamente. Eysenck establece una división de la personalidad humana en introvertida y extrovertida y en neurótica y psicótica.

Guilford (1949) señala que el término personalidad es un vocablo tan amplio que puede incluir todos los rasgos del individuo, como son las características físicas, las cualidades temperamentales, los intereses, la conducta expresiva y los síntomas patológicos.

Según Guilford (1974)(en Guilford y Zimmerman, 1974), la personalidad es el patrón único de rasgos de un individuo. Un rasgo es cualquier aspecto distintivo y duradero en el que un individuo difiere de otro. Los rasgos presentan las siguientes características, se pueden medir, son consistentes en su posición relativa entre unos y otros, son universales; su generalidad puede ser mayor o menor en una persona.

Para explicar la personalidad en función del concepto de rasgos es necesario, según él, que este concepto cumpla con los siguientes requisitos:

- a) Cada rasgo debe representar una unidad demostrable de la personalidad.
- b) Debe ser exacto, y
- c) Debe ser capaz de integrarse a una teoría general de la personalidad.

Respecto al número de rasgos que se requieren para explicar la personalidad, debe ser el menor número posible, deben abarcar en forma comprensiva a toda la personalidad y es preciso un acuerdo respecto a la lista de rasgos que van a utilizar.

Lo anterior se cumplirá por medio del análisis factorial, considerando que cada factor que este método arroje, se aceptará como rasgo primario dentro de la personalidad.

Guilford (1974) proporciona una amplia visión de la personalidad descrita en términos de dimensiones somáticas, de aptitud, temperamentales y motivacionales.

El aspecto somático de la personalidad incluye las dimensiones morfológicas y fisiológicas. El de aptitud se refiere a las dimensiones subyacentes de las habilidades y se

divide entre áreas: perceptual, psicomotora e intelectual, las dimensiones del temperamento caen dentro de tres grupos principales de disposiciones, dependiendo de la conducta a que se ajustan: factores de disposición general, la disposición emocional y de disposición social. Por último, las necesidades y las actitudes constituyen las características principales de las dimensiones motivacionales.

### 2.1.1 TEORÍA FACTORIALISTA

Para la presente investigación, la teoría que reviste mayor importancia es la teoría factorialista, pues el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota) que es el instrumento que se emplea en este estudio, está basado en la misma. Por esta razón se cree conveniente hacer a continuación una breve revisión de los conceptos más relevantes y de sus principales exponentes (Ampudia, 1994).

Esta teoría posee esencialmente un conjunto de variables o factores específicos que se toman como subyacentes y explicativos de la conducta humana. Derivan de una estadística particular: El Análisis Factorial. Este estudia la conducta de cada uno de los sujetos de un grupo numeroso con una gran cantidad de puntajes derivados de cuestionarios, estimaciones, pruebas situacionales o cualquier otra fuente que provea de una medida significativa y cuantificable de la conducta. Estas mediciones idealmente deben encarar muy diferentes aspectos de ella. Una vez obtenidos los índices externos, el investigador aplica la técnica del Análisis Factorial a fin de descubrir los factores subyacentes que determinan o controlan el cambio de las variables externas (Eysenk y Eysenk, 1961).

Este análisis no solo aísla los factores fundamentales; sino que proporciona además una estimación del grado en que cada uno de ellos contribuye a determinar cada medida o conjunto de puntajes. En suma, estos factores constituyen intentos de formular variables que expliquen la complejidad de la conducta humana manifiesta.

Para Cattell (1965) el análisis factorial ha sido un instrumento subsidiario del que se sirve para esclarecer una gran variedad de problemas, ordenados todos ellos dentro de una estructura sistemática. Su teoría constituye el más amplio de los intentos hasta ahora realizados para reunir y organizar los principales hallazgos procedentes de los estudios analíticos, de los factores de la personalidad.

Su posición puede llamarse con bastante exactitud "teoría de rasgo" porque traslada las ideas psicológicas a las formas matemáticas.

Al analizar las definiciones y postulados de las teorías de la personalidad, se utiliza la terminología y el significado tal y como lo utilizan y lo entienden los teóricos. Sin embargo

los psicólogos especialistas en la personalidad investigan ante todo las cuestiones generales acerca de la índole y el origen de la personalidad. Su meta es describir las diferencias de personalidad entre sujetos. La teoría ha desempeñado un papel de suma importancia en el estudio de la personalidad; algunas teorías han surgido de intentos deliberados por describir y medir la personalidad; otras han surgido de esfuerzos por comprender y tratar a los pacientes con trastornos de la personalidad internados en clínicas. Actualmente continúan realizándose construcciones teóricas por los psicólogos contemporáneos.

Es evidente que resulta imposible medir la personalidad completamente si para ello tenemos que estimar tres mil rasgos. Todos los rasgos de Personalidad continuamente varían en grados. Sin embargo, la proliferación de los tests de personalidad publicados indican que los psicólogos han realizado bastantes mediciones en este sentido.

Para la evaluación de la personalidad se cuenta con pruebas como el MMPI surgida de la medición empírica de la psicopatología, posteriormente ha sido aplicada y desarrollada a partir de rasgos de la personalidad (Ampudia, 1994).

Para esta investigación se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMIP-2) en su versión al español (Lucio, Reyes-Lagunes, 1992), que es multidimensional, es decir mide muchas variables y produce varios puntajes. Pero antes resulta necesario hacer un bosquejo de como fué contruido el inventario antes mencionado.

## **2.2 INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA MMPI**

El estudio de la personalidad ha sido muy amplio, y surge ante la necesidad de comprender al ser humano. No solo han surgido diversas áreas de interés e investigaciones en la psicología para explicar la personalidad, sino diversos métodos para evaluarla; uno de estos métodos es el MMPI.

En la década de los 40s. Las principales funciones de psiquiatras y psicólogos era asignar psicodiagnósticos, para ello se entrevistaba al paciente y se obtenía su examen mental, además se le hacía un test psicológico de manera individual. Los inventarios de esa época estaban sujetos a demasiadas teorías psicológicas de la estructura de la personalidad, por lo que no resultaban muy útiles en la práctica.

Starke Hathaway y J. Charnley Mckinley, durante los 30s y 40s. en su práctica profesional descubrieron que esto no era suficiente y pensaron que un inventario de personalidad objetivo de lápiz-papel y de aplicación grupal o individual, sería más eficiente y rápido para obtener un apropiado psicodiagnóstico.

Hathaway y Mckinley (1940) comenzaron a trabajar sobre la prueba, con la ayuda financiera de la escuela de graduados de la Universidad de Minnesota. En 1940 publicaron su primer artículo sobre el inventario (Hathaway y Mckinley, 1940), en el cual, mencionaban los pasos que siguieron para redactar los reactivos para el Inventario de Personalidad de Minnesota. Los autores se basaron en la experiencia y los conocimientos que tenían, en las preguntas de las historias clínicas y de casos, reportes psicológicos, de medicina general, neurológicos y psiquiátricos, escalas antiguas de actitudes personales, sociales y emocionales. Así como de algunos textos, sobre entrevistas psiquiátricas y diagnósticos diferenciales (Graham, 1990).

Con la finalidad de encontrar datos sobre la personalidad construyeron cuestionarios con las respuestas ofrecidas por pacientes clasificados de acuerdo con la nosología de la época. Ambos creían que la mejor forma de saber que perturbaba a un paciente era preguntándole, por lo que eligieron las afirmaciones del inventario con las que la persona podría estar de acuerdo o en desacuerdo, usando la respuesta "verdadero" o "falso".

Hathaway y McKinley (1939, en Hathaway y Briggs, 1957) utilizaron una aproximación empírica clave en la construcción de varias escalas del MMPI. Esta aproximación requiere la determinación empírica de aquellos reactivos que diferencian entre grupos de sujetos, lo cual es común actualmente, pero en la época de construcción del MMPI significaba una innovación significativa. La mayoría de los inventarios de personalidad han sido construidos de acuerdo a la aproximación lógica, en la cual los reactivos de la prueba son elaborados o seleccionados racionalmente de acuerdo a la validez aparente (o de face) y la clave de respuestas de acuerdo al juicio subjetivo del autor de la prueba, considerando el tipo de respuestas que parecieran indicar los atributos que estaban siendo medidos. Tanto la experiencia clínica como los datos de investigación han cuestionado seriamente la competencia de la aproximación lógica. Se ha hecho cada vez más evidente, que los sujetos pueden falsificar o distorsionar sus respuestas a los reactivos, a fin de aparentar lo que ellos deseen. Posteriormente los estudios empíricos indican que las claves de respuestas subjetivas a menudo no eran consistentes con las diferencias encontradas actualmente, entre grupos de sujetos. Con la introducción del método empírico, las respuestas individuales a los reactivos de la prueba fueron tratadas como desconocidas, y se utilizó un análisis empírico de cada reactivo para identificar aquellos que diferenciaban entre grupos-criterio. Esta aproximación superó muchas de las dificultades asociadas a la más temprana y subjetiva aproximación.

La lista original contaba con 1,200 frases, en su mayoría indicadores de síntomas de trastornos mentales o de otros problemas tratados en un servicio psiquiátrico; no tenían idea

si se contestarían de manera afirmativa o si un grupo de reactivos estaba relacionado con un constructo de interés, más bien compararon empíricamente las respuestas de los sujetos normales con las de los clasificados en grupos, para determinar que grupos de pacientes serían clasificados en una escala particular. Su enfoque se le llamó "ciego o empirismo de desecho". Mas tarde el número de frases se redujo a 504 pues se eliminaron las muy similares, las redactadas deficientemente y quedaron las que se consideraron independientes unas de las otras (Butcher y cols.,1989).

La base de la prueba era comprobar si un grupo de personas son similares en su conducta, deberán ser similares las respuestas sobre ellos mismos, por lo tanto serian semejantes en otros aspectos, por lo que ciertas carecterísticas de su personalidad serian sugeridas cuando los sujetos respondieran de a acuerdo a las contestaciones de un grupo ya identificado. De esta manera se produjeron las escalas clinicas del MMPI de una amplia generalidad en diversos ambientes. El inventario fué diseñado para personas mayores de los 16 años; con un nivel bajo de lectura (sexto grado), originalmente se llamó "Registro Multifásico de la personalidad" (Hathaway y Mckinley, 1940).

Los reactivos fueron redactados con un lenguaje sencillo, que se referia a una experiencia, creencia, actitud o preocupación personal de los pacientes pertenecientes a los grupos clínicos en que se basaron los autores de la prueba. Algunos de los reactivos redactados en la primera persona del singular, la mayoría de ellos afirmativos, pero también redactados en forma negativa para disminuir la posibilidad de un patrón uniforme de aseveraciones positivas (verdaderas), (Butcher, 1989).

Por lo mismo no se utilizaron interrogaciones, ya que se trataba de reactivos relacionados con disturbios psicológicos. Originalmente las frases se imprimieron en una tarjetas de 19 x 8.5 cm., estas tarjetas se le daban al sujeto junto con una caja con tres divisiones, con las tres posibilidades de respuesta: cierto, falso y no puedo decir. Se le señalaba que no habia respuestas correctas o incorrectas, pues se trataba de que diera la opinión sobre sí mismo.

El contenido de los reactivos se refería a aquellos desórdenes psiquiátricos y neurológicos en los que se interesaban los investigadores, mas aseveraciones relacionadas con características de roles de género. La versión del MMPI incluía la duplicación de 16 reactivos para facilitar la calificación manual, por lo que se trataba de 566 reactivos.

Este inventario se aplicó por primera vez, a grupos clinicos y a sujetos normales (visitantes de los pacientes que contestaban la prueba voluntariamente, mientras esperaban), en un hospital de la Universidad de Minnesota, con la finalidad de valorar los diferentes tipos

de personalidad y así tener mayor validez que los inventarios que hasta ese momento existían. Se realizaron estudios utilizando contrastes y validaciones cruzadas con sujetos normales y otros grupos de pacientes (hipocondríacos, histéricos, depresivos, esquizofrénicos, maníacos etc...).

Para las escalas clínicas se tomaron 800 pacientes psiquiátricos de los hospitales de la Universidad de Minnesota. Los sujetos fueron divididos en muestras de subgrupos diagnosticados previamente, con hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía.

La muestra de sujetos normales estuvo limitada, dada la depresión económica que se vivía en ese tiempo, los autores se vieron obligados a utilizar menos de la tercera parte de la que habían planeado, su muestra consistió en 724 personas normales, un grupo de estudiantes graduados de secundaria y un grupo de trabajadores administrativos. Esta fue la población considerada como la población normal adulta representativa del estado de Minnesota, la mayor parte de los sujetos eran casados, con edades de entre los 16 y los 65 años, con un promedio de edad de 30 años, con un nivel de educación secundaria, residentes de áreas rurales del estado. Se realizó un análisis de reactivos de cada grupo clínico a fin de identificar los reactivos que diferenciaban significativamente entre el grupo clínico específico, otros grupos clínicos y el grupo de sujetos normales.

La primera escala del MMPI se desarrolló basándose en un contraste sistemático entre las respuestas de un grupo neurótico de pacientes hipocondríacos, con las respuestas del grupo de no pacientes. Los reactivos que fueron contestados de manera diferente estadísticamente significativa, se identificaron y combinaron para hacer una escala preliminar que midiera la hipocondriasis. Después se reunió una muestra adicional de neuróticos hipocondríacos y se hizo una validación cruzada con respecto a la escala preliminar para demostrar que esta medida proporcionaba una base confiable para diferenciar a los pacientes de los no pacientes. Posteriormente se hicieron más contrastes y validaciones cruzadas con otro grupo de pacientes neuróticos (grupos con histeria, con psicastenia y con reacciones depresivas). También se desarrollaron tres escalas con grupos psicóticos (psicosis maniaco-depresiva, fase maniaca, paranoia y esquizofrenia). Se agregó un grupo de escalas clínicas que medían desviación psicopática y masculinidad-feminidad y por último se agregó la escala de introversión social, que se desarrolló en la universidad de Wisconsin por L. E. Drake (Drake 1946; Drake y Thiede, 1948). No fue fácil conseguir grupos de no pacientes para hacer las validaciones cruzadas, por lo tanto las normas se establecieron solo sobre la muestra derivacional, en consecuencia muchas de las transformaciones de puntaje T para las escalas básicas se fijaron demasiado bajas, las normas también se limitaron por la

representación inadecuada de adultos de varias áreas regionales de diferentes medios culturales, y de grupos étnicos y raciales, pues se reclutaron muy pocos negros y nativos (indios americanos) y de otros grupos minoritarios, pues el muestreo no fué a nivel nacional.

El primer trabajo sobre el MMPI se publicó en 1942 en la editorial de la Universidad de Minnesota, y en 1943 se publica el material y el primer manual del inventario con las escalas básicas más 3 indicadores de validez de las respuestas del sujeto.

Los datos arrojados por el grupo de no pacientes del estado de Minnesota, se usaron para convertir el puntaje crudo a escalas lineales T para las escalas de validez y escalas clínicas. Estas normas para la prueba se usaron en los perfiles estándar del MMPI en los Estados Unidos y en muchos otros países. En 1950 quedó definido el formato básico del MMPI su aceptación no se hizo esperar en Estados Unidos, fué traducido a varios idiomas, por lo que su uso se extendió a todo el mundo y se introdujo a varias áreas de trabajo: educativa, industrial y clínica.

La primera traducción al español fué realizada en Cuba, en México se hizo otra traducción por Hathaway y Mena, otra traducción al español se realizó en Puerto Rico en donde el mismo Hathaway la revizó. Esta traducción fué revizada y adaptada en México para América Latina por Nuñez y publicada en 1967 por editorial El Manual Moderno S.A. (Nuñez, 1979).

El éxito y la permanencia del MMPI, en parte se deben al gran número de investigaciones que documentan la validez y la confiabilidad del instrumento.

El MMPI original contaba con 550 frases y 16 duplicados, con su hoja de respuesta. Existe la forma abreviada del MMPI que consiste en 399 frases seleccionadas en tal forma que la validez y la confiabilidad de la prueba se mantengan.

El MMPI es un instrumento psicométrico que evalúa objetivamente a personas que poseen rasgos alterados y no alterados, tanto en la clínica como en la industria y la educativa ha sido ampliamente utilizado. Puede ser autoadministrado, el examinador no interviene en las respuestas del sujeto.

Como ya se mencionó el MMPI cuenta de 566 frases, las cuales cubren diferentes áreas del sujeto y en su aplicación consta de 8 escalas clínicas, dos escalas adicionales (5 y 0), y 4 escalas de validez que no analizan en sentido técnico la validez del inventario.

El MMPI quedó de la siguiente manera:

L. Mentiras con 15 reactivos

F Identificación de problemas con 64 reactivos

K De Corrección y aceptación social con 30 reactivos

? No puedo decir con el número de reactivos que no se contestan.

Las escalas clínicas fueron designadas de acuerdo a síndromes que identificaban con una nomenclatura psiquiátrica convencional; sin embargo, se les identifica además con un número para evitar el riesgo de indicar patologías cuando se manejan grupos de sujetos, quedando de la siguiente manera:

Escala 1 Hipocondriasis que consta de 33 reactivos.

Escala 2 Depresión que consta de 60 reactivos.

Escala 3 Histeria que consta de 60 reactivos.

Escala 4 D. Psicopática que consta de 50 reactivos.

Escala 6 Paranoia que consta de 40 reactivos.

Escala 7 Psicastenia que consta de 48 reactivos.

Escala 8 Esquizofrenia que consta de 78 reactivos.

Escala 9 Hipomanía que consta de 46 reactivos.

y dos escalas que no tienen denominación clínica

Escala 5 Masculinidad-feminidad que consta de 60 reactivos.

Escala 0 Introversión-extroversión que consta de 70 reactivos.

### **2.3 ESTUDIOS REALIZADOS CON EL MMPI**

Después de la publicación del MMPI se fueron desarrollando alrededor de 200 escalas nuevas que evaluaban diferentes áreas.

También se han hecho diversos estudios para comprobar la validez del inventario, los mismos autores de la prueba lo hicieron, con una población normal, aplicándoles un test-retest tres días y un año después de la primera aplicación, encontrando un coeficiente de confiabilidad de entre 0.57 y 0.87 en las diferentes escalas del inventario.

La literatura menciona más de 1000 estudios realizados con el MMPI, sin embargo, muy pocas son las que se relacionan con el tema que a esta investigación le interesa. Se mencionarán aquellos que son significativos para el presente estudio, por resultar reelevantes como antecedentes del presente trabajo.

EL Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota ha sido muy utilizado en la clínica con diferentes poblaciones, una de ellas es con personas que somatizan.

Osorio y Rios (1986) trabajaron con pacientes con hipertensión arterial, compararon los perfiles de estos pacientes con personas normo-tensas. Los hipertensos mostraron elevaciones en la F, 1, 2 y 7 y puntajes bajos en K.

Birnet Hovey (1970 cita Ampudia, 1977) comparó los perfiles del MMPI obtenidos de tres grupos de pacientes:

1) los que somatizan, 2) con reacciones de conversión y 3) con reacciones de ansiedad. Su estudio lo llevó a cabo en el Hospital de Veteranos de Salt Lake City. La muestra la obtuvo seleccionando a las personas que habían enviado a exámenes psicológicos y que en sus datos se observaban quejas físicas. Trabajo con 446 pacientes, de los cuales quedaron 199, el resto se eliminaron. A los sujetos se les aplicó el Rorschach, Weschler y MMPI.

Con diagnóstico de reacción somática quedaron 105, 34 con reacciones de conversión y 60 con reacciones de ansiedad. Estos últimos mostraron una puntuación más alta en el perfil, en puntuaciones, los estudios clínicos muestran que estos pacientes padecen de angustia subjetiva y se quejan de nerviosismo, sensación de presión en la cabeza, palpitaciones, sudor excesivo, sentimientos de desesperanza, etc. Los casos de somatización tuvieron un lugar intermedio, sus quejas frecuentes eran de nerviosismo y problemas emocionales además de sus características somáticas que no interferían en su vida diaria; mientras que el grupo con reacciones de conversión fueron los más bajos, parece ser que estos pacientes no expresaban inconformidad emocional.

Lo cual, indica que el grupo de reacciones de ansiedad se caracteriza por mayores disturbios emocionales, en el grupo de reacciones de conversión los perfiles fueron casi normales, exceptuando las escalas de hipocondrías e histeria.

Mendizabal (1976) trabajó con personas asmáticas adultas. Les aplicó el MMPI y el Test proyectivo de Machover. El perfil resultante del MMPI fue el siguiente: 8 2' 1 3 4 7 6 0 (5); L F K. Lo cual indica una personalidad pasivo-agresiva, que utiliza mecanismos de defensa como: la represión y somatización. Son personas inmaduras, dependientes, rígidos,

con pensamiento ingenuo y egocéntrico; inseguros, la frustración les provoca ansiedad y depresión, son personas inhibidas e hipersensibles.

Terres y Zuñiga (1976) investigaron si es que existía mayor tendencia a presentar características hipocondríacas en los estudiantes de medicina, a medida que cursan la carrera. La investigación la llevaron a cabo comprobando si existía una diferencia significativa en la escala 1 y 3 del MMPI, entre el mismo grupo de medicina en diferentes semestres (1º y 9º). Las autoras partían de la idea de que los estudiantes, conforme adquieren los conocimientos de las diferentes patologías tienden a sentirlos total o parcialmente mal, produciendo en ocasiones somatización. Ellas trataron de conocer si existían elementos que actuarán como tendencias significativas en la personalidad del estudiante de medicina que lo predispusieran a desarrollar manifestaciones psicósomáticas. Y que características de personalidad se acrecentaban con los conocimientos que iban adquiriendo. Su muestra fue al azar, de aquellos sujetos que se presentaron al examen de admisión, en 1975, para realizar el internado en el ISSSTE. El examen incluía el MMPI. En el departamento de Psicología médica, psiquiatría y salud mental se buscaron los MMPI aplicados a dichos estudiantes de cuando cursaban el primer semestre, la muestra se obtuvo de 75 sujetos.

Posteriormente sacaron una segunda muestra al azar una de cada diez pruebas de las aplicadas a los estudiantes cuando ingresaron al primer semestre, las pruebas de estos mismos sujetos se buscaron entre los que habían presentado el examen de admisión en el ISSSTE, esta segunda muestra fue de 68 sujetos. Los datos fueron analizados estadísticamente por medio de un análisis de varianza, se interpretaron los perfiles de cada sexo. Se les percibió defensivos, evasivos, carentes de comprensión de sus problemas y con tendencia disminuir sus faltas, sensibles e inseguros. Los resultados favorecieron la hipótesis principal. Las autoras observaron que los estudiantes de 9º, se encuentran más ansiosos y angustiados que cuando cursaban 1º. Quizá debido a que los conocimientos adquiridos al cursar la carrera favorecen la tendencia a somatizar, se pensó que quizá también influía el que ahora tendrán más responsabilidades.

Ampudía (1977) para corroborar lo anterior realizó una investigación con estudiantes de matemáticas, aplicándoles también el MMPI, partiendo de la idea de que los estudiantes de matemáticas no se involucaban con información referente a las enfermedades somáticas. Se esperaba elevación en las escalas 7 de ansiedad y la 2 de depresión en los estudiantes de 8º semestre, ya que ellos estaban próximos a afrontar situaciones nuevas. La muestra se tomó al azar del 10% de estudiantes de primer semestre que se presentaron voluntariamente a contestar el MMPI. La muestra fue de 52 sujetos, lo mismo se hizo con

estudiantes de 8º. Sus resultados mostraron que los estudiantes de matemáticas no tienden a la somatización en ninguno de los dos semestres, la autora pensó que se debía quizá a que la carrera no es humanística, por tanto la información recibida no predispone al estudiante a expresar sus conflictos en forma somática.

Rainer (1986) aplicó el MMPI a 45 pacientes adultos que padecían de migraña (enfermedad psicofisiológica) y a un grupo control de 33 sujetos; en el primer grupo hubo características de ansiedad y angustia, así como tendencia a la agresividad.

## **2.4 INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA MMPI-2**

A pesar de las muchas investigaciones que se habían hecho sobre el MMPI, este no había sido revisado hasta 1982, en 1989 se publica la versión revisada del MMPI-2. Hathaway (1965) señala que el MMPI podría ser criticado por su perpetuación de la nosología diagnóstica derivada de Kraepelin, lo cual se hizo más evidente con las transformaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, Hathaway también señaló las dificultades en la selección de los reactivos para las escalas, así como limitaciones en la normalización del MMPI y considerando la aceptación del inventario a nivel mundial, los cambios culturales en 50 años desde su aparición. Por último otra crítica era que la prueba se refería a funciones corporales, que su contenido ya resultaba obsoleto. De todo lo anterior surge la revisión que se debió a la necesidad de cambiar aquellas expresiones sexistas, reactivos de contenido objetable y obsoleto, expresiones idiomáticas pasadas de moda y referencias o materiales cada vez menos conocidos, pues ya habían pasado 5 décadas desde la aparición del MMPI original y la cultura americana había cambiado, por lo que se hizo necesario hacer una reestandarización utilizando normas nacionales contemporáneas. En 1970 el Sposium del MMPI se dedica a la revisión de las dificultades que se venían planteando es aquí donde se decide la reestandarización del instrumento. En 1982 la Imprenta de la Universidad de Minnesota designa un comité de reestandarización de la prueba original integrado por James N. Butcher, W. Grant Daltrom y John R. Graham quienes habían recomendado su revisión.

Uno de los objetivos del proyecto era mantener la continuidad entre el MMPI original y su revisión, a fin de poder contar con la riqueza de hallazgos obtenidos hasta ese momento con el MMPI, se propusieron obtener nuevas normas nacionales con una muestra más representativa, mejorar los reactivos en su redacción, eliminar algunos y agregar otros para ampliar las dimensiones del contenido de algunas de las escalas, mantener intactas las escalas clínicas, de validez y algunas suplementarias, recopilar muestras nuevas y

seleccionarlas al azar, y desarrollar normas contemporáneas, desarrollar una nueva distribución normativa para las escalas que rellejarán mejor los problemas clínicos y resolverían la falta de uniformidad en la clasificación percentil que ocurre con las escalas del MMPI original, y recolectar datos clínicos para evaluar los cambios que se debían hacer en las escalas originales y para validar las nuevas escalas.

Se elaboró un folleto experimental denominado AX, en el cual se mantuvo el total de los 550 reactivos originales; eliminando los 16 repetidos, se volvieron a redactar 82 reactivos en 15 de ellos se eliminaron palabras para evitar hacer alusión a un género específico, se sustituyeron las expresiones obsoletas; se añadieron 154 nuevos reactivos para ampliar el contenido e incluir problemas no contemplados en el MMPI original como: abuso de alcohol y drogas, potencial suicida, patrones de conducta de personalidad tipo A, ajuste marital, actitudes laborales y disposición al tratamiento (Graham, 1992).

Para seleccionar la muestra normativa se utilizó el censo de población de 1980, se eligieron siete ciudades con representatividad geográfica (Minnesota, Ohio, Carolina del Norte, Washington, Pensilvania, Virginia y California), los sujetos se seleccionaron de la comunidad o del directorio telefónico. A los candidatos de la muestra se les envió una carta explicándoles el proyecto y solicitando su participación. Posteriormente se decidió pagar por la participación, 15 dólares por cada individuo y 40 dólares por parejas. Para tener representatividad de la muestra se agregó personal militar e indios americanos. El total de la muestra fue de 2,500 sujetos, la aplicación fue grupal y en la aplicación se les pidió información biográfica y de eventos de vida. Las parejas llenaban dos formas adicionales en las que se describía el tipo y duración de la relación y se calificaban mutuamente en una escala de 110 características. Se eliminaron las pruebas inválidas, quedando la muestra final de 2,600 sujetos (1,138 hombres y 1,462 mujeres, incluyendo 481 parejas), las edades eran de 18 a 85 años con nivel educacional de 3 a 20 o más años, la composición racial era de blancos, negros, hispanicos, indios americanos y americanos asiáticos. Una semana después se repitió la prueba a 111 mujeres y 82 hombres, para recoger datos de test-retest. El 3% de los hombres y el 6% de las mujeres de la muestra normativa estaban recibiendo tratamiento por problemas de salud mental en el momento del estudio. También se recogieron datos de sujetos de grupos especiales, como pacientes psiquiátricos, alcohólicos, pacientes con enfermedades crónicas, clientes de consejería marital, estudiantes universitarios y aspirantes a trabajos (Butcher, 1992). A todos se les administró los 704 reactivos de la forma Ax del MMPI.

En 1989 después de un gran trabajo del comite de reestandarización del MMPI, se publicó una nueva versión conocida como MMPI-2 para adultos (Butcher, Dallstrom, Graham, Tellegan y Kaemmer, 1989).

El inventario multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 surge de los cambios, en la redacción de los reactivos, hechos al MMPI original. Se suprimió un número reducido de reactivos de las escalas básicas (véase tabla 1); se incluyeron nuevos reactivos que cubren contenido más amplio y nuevas escalas suplementarias. A pesar de los cambios se cumplió con el objetivo de mantener continuidad entre ambas pruebas. Son similares en las escalas básicas de validez y en las escalas clínicas, la reestructuración de los reactivos no altero las propiedades psicométricas de la prueba, existen plantillas para sujetos masculinos y sujetos femeninos, por separado; clave de puntajes manuales; y normas con y sin corrección de escala K.

La nueva versión posee nuevas normas nacionales contemporáneas basadas en una muestra más representativa y valores T uniformes, separados para hombres y para mujeres, para 8 de las escalas clínicas y 15 escalas de contenido (Butcher, 1989).

Además la creación de nuevos reactivos cubre áreas de contenido no contempladas en el MMPI; validez adicional de los indicadores; escalas suplementarias y un nuevo método de puntaje T uniforme para la composición de las escalas (Butcher, 1992).

Las normas originales del MMPI fueron desarrolladas usando una transformación a puntajes T lineal, en un esfuerzo por hacer las normas comparables, a las distribuciones de puntajes T se les asignó una media de 50 y una desviación estandar de 10, este paso se siguió en la reestandarización, con una importante modificación que resolvió el problema de los valores percentiles no-equiparables entre las escalas, que ocurría con los puntajes originales de T lineal.

Los puntajes del MMPI-2, puntajes T uniformes, para hacer las escalas comparables a las distribuciones de puntajes T se les asignó una media de 50 y una desviación estandar de 10. Este paso se hizo también en la reestandarización, resolviendo así el problema de los valores percentiles no-equiparables entre las escalas que ocurría con los valores originales de T lineal. Los nuevos puntajes T uniformes desarrollados por Auke Tellegen fueron desarrollados para las ocho escalas clínicas y para las 15 escalas de contenido, para constituir una distribución compuesta. Para estas escalas los puntajes brutos fueron convertidos en los correspondientes T uniforme por una regresión de los puntajes brutos en percentiles equivalentes de puntajes T uniforme. Luego se derivaron los puntajes T uniforme, de forma separada para hombres y para mujeres (Butcher y cols., 1989). Para el

MMPI-2 el puntaje T 65 cae uniformemente en percentil 92 para las ocho escalas clínicas y las 15 escalas de contenido, en consecuencia una elevación de este valor marca rangos clínicos significativos.

El nuevo MMPI-2 quedó compuesta por 567 reactivos, hay estudios posteriores a su validación que indican datos favorables en relación a la validez del instrumento en diferentes poblaciones (Butcher, 1992).

Para la interpretación del MMPI-2 se ha encontrado que el puntaje T=65 es el punto clínicamente significativo. Actualmente existen tres traducciones del MMPI-2 al español realizadas en Chile, en España y en México.

Para el presente trabajo se utilizó la versión realizada en México por Lucio y Reyes, (1992), en la cual, se siguió un proceso cuidadoso y no solo es una traducción sino una adaptación del instrumento a la población mexicana. Es importante enfatizar que el MMPI-2 resulta más adecuado para evaluar a la población mexicana, aunque es necesario aplicarlo a una muestra más representativa de la población general, para lograr una mejor adaptación del instrumento (Lucio, 1995).

## 2.5 ESTRUCTURA DEL MMPI Y MMPI-2

2.5.1 TABLA 1							
ESCALAS DE BÁSICAS DE VALIDEZ Y CLÍNICAS							
	MMPI REACTIVOS	MMPI-2	TIPOS DE CAMBIOS				
			*	A	B	C	D
L MENTIRAS	L 15	L 15		1	1		
F IDENTIF. DE PROB.	F 64	F 60 RESP. ATÍPICAS	4	1	5	6	
K DE CORRECCIÓN	K 30	K 30		1			
NO PUEDO DECIR?	Número de reactivos sin contestar						
1 HIPOCONDRIASIS	Hi 33	Hi 32	1		1	3	1
2 DEPRESION	D 60	D 57	3		1	1	
3 HISTERIA	Hy 60	Hi 60			4	6	3
4 D. PSICOPÁTICA	Pd 50	Dp 50			2	1	
6 PARANOIA	Pa 40	Pa 40		1			1
7 PSICASTENIA	Pt 48	Pt 48				1	1
8 ESQUIZOFRENIA	Sc 78	Ea 78			1	7	5
9 HIPOMANIA	Ma 46	Ma 46 MANIA			4	2	1
ESCALAS SIN DENOMINACIÓN CLÍNICA							
5 MASC. FEMINIDAD	Mf 60	Mf 56	4	1	2	1	2
0 INTROVERSIÓN SOCIAL	Si 70	Ia 69 Introv.-Extroversión.	1		3	2	1
INDICADORES ADICIONALES DE VALIDEZ PARA EL MMPI-2							
F POSTERIOR		Fp 40					
INCONSISTENCIA EN LAS RESPUESTAS VERDADERAS							INVER (TRIN) 23 PARES DE REACTIVOS
INCONSISTENCIA EN LAS RESPUESTAS VARIABLES							INVAR (VRIN) 49 PARES DE REACTIVOS

NOTA 1: \* = Omisiones

NOTA 2: A = Eliminación de posible lenguaje sexual; B = Modernización del idioma y su uso; C = Clarificación gramatical (tiempo, voz, adiciones y omisiones menores); D = Simplificaciones. Lucio y Reyes (1994)

2.5.2 TABLA 1-A		
	NÚM. DE REACTIVOS ORIGINALES	NÚM. DE REACTIVOS DEL MMPI-2
<b>ESCALAS SUPLEMENTARIAS TRADICIONALES</b>		
ANSIEDAD	39	A 39
REPRESION	40	R 37
FUERZA DEL YO	68	F yo 52
ALCOHOLISMO DE Mc. Andrew	49	A Mac 49
<b>ESCALAS SUPLEMENTARIAS ADICIONALES</b>		
HOSTILIDAD REPRIMIDA	31	Hr 28
DOMINANCIA	28	Ds 25
RESPONSABILIDAD SOCIAL	32	Ra 30
DESADAPTACIÓN PROFESIONAL	43	Dpr 41
GÉNERO MASCULINO-FEMENINO		GM 47 / GF 46
D. DE STRES POSTRAUMÁTICO		EPK 46 / EPS 60
<b>ESCALAS DE CONTENIDO</b>		
ANSIEDAD		ANS 23
MIEDOS		MIE 23
OBSESIVIDAD		OBS 16
DEPRESIÓN		DEP 33
PREOCUPACIÓN POR LA SALUD		SAL 36
PENSAMIENTO DELIRANTE		DEL 24
ENJOJO		ENJ 16
CINISMO		CIN 13
PRACTICAS ANTISOCIALES		PAS 22
PERSONALIDAD TIPO A		PTA 19
BAJA AUTOESTIMA		BAE 24
INCOMODIDAD SOCIAL		ISO 24
PROBLEMAS FAMILIARES		FAM 25
DIFICULTADES EN EL TRABAJO		DTR 33
RECHAZO AL TRATAMIENTO		RTR 26
NUMERO TOTAL DE REACTIVOS	566	567

Nota: Datos obtenidos de Lucio E., 1995.

### 3.6 INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL MMPI-2 EN E.U.

Desde su publicación en 1989 se han realizado una gran cantidad de estudios principalmente orientados a probar la validez y confiabilidad del instrumento y a generar

otros estudios para revizar las modificaciones hechas a la prueba (Butcher, 1989). Para esta investigación se describen algunas de ellas como las que se presentan a continuación.

De Lain, y Michael Andrew (1990) realizaron una investigación comparando el MMPI y el MMPI-2, analizaron los componentes de la varianza usando el análisis facético de la teoría de la generalización. Los datos fueron tomados de 60 sujetos de entre 19 y 44 años caucásicos y afroamericanos. Se les aplicó simultáneamente el MMPI y el MMPI-2. La generalización dependiente de las facetas de las 13 escalas de la prueba se examinó usando el programa de sistema de análisis de varianza de propósito general (GENOVA). La diferencia de varianza entre las escalas del MMPI y MMPI-2 alcanzaron de 0% a 13% con un cambio significativo en los puntajes esperados del universo. El análisis univariado también indicó diferencias significativas entre los perfiles medios para las versiones del MMPI, con una alta concordancia entre la proporción de F univariada y los componentes de varianza de GENOVA. No se encontraron diferencias por raza o sexo en la estimación de varianza o en el análisis univariado. El examen del tipo de código de dos picos, indicó aproximadamente un desacuerdo de la mitad entre las versiones de la prueba. La correlación entre las escalas individuales de las pruebas fue elevada, aunque hubo cambios en las correlaciones entre las escalas dentro de cada prueba.

Levitt (1990) realizó un estudio estructural del impacto del MMPI-2 sobre el MMPI original, los reactivos modificados los presentó en una lista en pares. Los reactivos del MMPI eliminados en el MMPI-2 también los presentó. Mostró las frecuencias de los reactivos que permanecen en el MMPI-2 para las escalas especiales: las subescalas Harris Ligoes; las escalas Wiggins de contenido; las escalas agrupadas de Triyon, Stern y Chu; las escalas racionales de Indiana; así como para las escalas de validez y de contenido. La mayoría de las escalas especiales del MMPI permanecieron relativamente intactas para el MMPI-2.

Strassberg (1991) realizó un estudio sobre la resolución a los dilemas interpretativos creados por el MMPI-2, sugiere que las diferencias entre el MMPI y el MMPI-2 son de esperarse y que lo que estas revelan son la superioridad del MMPI-2, por lo que no se deberían desanimar en el uso del instrumento.

Ben-Porath y Graham (1991) en su estudio sobre los dilemas interpretativos creados por el MMPI-2, en respuesta a Strassberg, discuten los dilemas interpretativos identificados por Strassberg y proponen aclarar estos dilemas señalando que algunos cambios introducidos en el MMPI-2 son requisito necesario para la mejoría del instrumento. Los cambios en el procedimiento de administración usados en la muestra normativa del MMPI-2

deben mejorar la calidad de los datos normativos. Los cambios de los puntajes T fueron desarrollados de tal manera que produjeran un cambio mínimo en los perfiles, pero que permitirán una interpretación más precisa. Los cambios normativos tienen un efecto diferencial sobre las escalas clínicas. Finalmente, el problema de la congruencia de codificación ha sido sobreestimado y exagerado. Se concluye que los cambios introducidos en el MMPI-2, pueden servir solo para mejorar la prueba.

Strassberg (1991) en otro estudio sobre los dilemas interpretativos argumenta que mientras que el MMPI-2 tiene potencial para promover más y mejor información clínicamente relevante que su predecesor, su introducción también crea varios problemas para los clínicos e investigadores. Las nuevas normas y el uso de puntajes T-uniformes (en vez de puntajes T-lineales) como resultado de los mismos puntajes brutos en las dos pruebas, producen perfiles clínicos que pueden ser diferentes, tanto cualitativamente como cuantitativamente. Estas diferencias pueden producir dificultades al interpretar el perfil de MMPI-2 cuando el usuario cuenta con estrategias interpretativas sobre el MMPI. Señala esta preocupación y ofrece estrategias remediales temporales.

Butcher, Jeffrey, Cayton, Colligan y otros (1990) llevaron a cabo un estudio en personal del servicio militar activo con el MMPI-2, para determinar si se necesitaban normas especiales para esta población, y se exploró la relevancia y lo apropiado del MMPI-2. 1,156 hombres de 17 a 51 años de la armada, la marina y la fuerza aérea respondieron de manera similar a la muestra de la reestandarización del MMPI-2. Se obtuvieron puntajes medios y estructura factorial similares. Por tanto no se necesita establecer normas especiales para los militares.

Fishburne y Parkinson (1984) de acuerdo con investigaciones anteriores hallaron claras diferencias por edades en el MMPI-2, en que los sujetos más jóvenes producen mayor elevación en las escalas, particularmente en las escalas de Desviación Psicopática, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomanía.

Pancoast y Archer (1989) revisaron las normas de adultos del MMPI en muestras normales. Se comparó los resultados encontrados en 21 estudios sobre el MMPI para adultos normales, con las normas de los valores de las escalas para el MMPI standard. Estas comparaciones indicaron que las normas tradicionales de adultos pueden contener grados detectables de prejuicios desde su publicación, y que se pueden encontrar patrones consistentes de diferencias de las normas del MMPI standard en estudios independientes publicados desde 1949. Dos consideraciones separadas impactan sobre el desarrollo de las nuevas normas de adultos: los investigadores necesitan normas para adultos que reflejen

con precisión los patrones de respuesta de la población general, y los clínicos necesitan para la evaluación individual de pacientes, normas que produzcan códigos en relación con la literatura empírica obtenida en más de 40 años. Se discute la tensión inherente entre estos dos propósitos y la implicaciones de nuevas normas para adultos del MMPI para investigadores y para la práctica clínica.

Munley y Zarantonello (1989) compararon tipos de perfiles del MMPI-2, a través de normas contemporáneas y standard, examinaron los cambios en la elevación media, dispersión, configuración total y tipos de códigos, de perfiles bien definidos, derivados de grupos de diagnóstico con correlación clínica conocida y su posterior transformación, usando las normas contemporáneas desarrolladas por R.C. Collogan y otros (1983). Se analizaron un total de 34 perfiles, usando los puntajes T normalizados contemporáneos. Los resultados produjeron las reducciones esperadas en la elevación media y la dispersión alrededor de la media en la transformación a normas contemporáneas. Los perfiles en puntajes T normalizados lineales y contemporáneos obtuvieron alta correlación entre sí, y mostraron un patrón similar de correlación con los tipos trimodales del MMPI de H.A Skinner y D.N. Jackson. Se encontró similitud en los perfiles en un 945 de los tipos de códigos. Aparece indicado el continuo uso de las normas originales con las normas contemporáneas.

Patrick Munley (1991) llevo a cabo un estudio comparando los puntajes T para mujeres y hombres del MMPI y el MMPI-2. Encontró que la relación entre puntajes T del MMPI-2 y el MMPI varía a través de las escalas individuales, los rangos específicos dentro de las escalas y las normas para hombres y mujeres. Las puntuaciones T de la escala L son comparablemente más altas tanto para hombres como para mujeres. Las puntuaciones T para la escala F del MMPI-2 son más altas para hombres pero algo más bajas para mujeres. Las puntuaciones T de la escala K son similares tanto para los hombres como para las mujeres, las escalas 1, 2, 3, 6, y parecen mantener una elevación relativamente mayor en comparación con las normas del MMPI original.

La escala 4 marcó disminución para ambos sexos, mientras que la escala 5 es más baja para hombres y algo más alta para mujeres, con la escala 7, 8, y 9 son notablemente más bajas en el rango 65-80 para hombres; sin embargo, muestran menor reducción para mujeres, con la escala 7 muy similar a las normas originales, y las escalas 8 y 9 algo disminuidas pero no tanto como las escalas masculinas. En general, las puntuaciones T de las escalas clínicas del MMPI-2 para mujeres parecen mostrar mayor similitud con las normas originales que las que presentan las normas del nuevo MMPI-2 para hombres.

Ben-Porath y Butcher (1989) compararon las escalas y perfiles del MMPI y del MMPI-2 y demostraron la estabilidad, psicométrica de los 68 reactivos reelaborados comparando su contribución en las escalas en las cuales eran puntuados, con los reactivos originales. Los autores intentaron evaluar los efectos de otros cambios introducidos en el MMPI-2 en la estabilidad de las 13 escalas básicas y de las 8 suplementarias que fueron conservadas en el MMPI-2. Su muestra fue de 403 estudiantes universitarios no graduados se aplicaron los criterios de exclusión de Butcher (1992) con edades de 17 a 46 años. Se administraron dos versiones del MMPI, una de ellas fue el MMPI-AX, con 704 reactivos. Los puntajes T para los sujetos que contestarán la forma AX fueron derivados puntuando solamente los reactivos que aparecían en el MMPI-2 y usando las nuevas normas. Ninguna de las correlaciones test-retest de las 13 escalas básicas y de las 8 suplementarias difirió significativamente para los hombres en la muestra cuando se compararon sujetos que contestaron la forma original dos veces.

## 2.7 INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL MMPI-2 EN MÉXICO

En México existen numerosos estudios realizados con el MMPI original, desde que el Dr. Rafael Nuñez tradujo la prueba alrededor de 1965. En algunos estudios se encontraron índices elevados de psicopatología en la población mexicana (Ampudia, Stilman y Villanueva, 1977; Cárdenas, 1987; Lucio, 1976; Navarro, 1971; en Lucio y Ampudia, 1995). En otros estudios se encontraron diferencias importantes entre la población mexicana y la estadounidense (Rivera y Ampudia, 1976; Casabal y Wengerman, 1974; Lucio y Labastida, 1993; en Lucio y Ampudia, 1995). Debido a que la versión original no se adaptó ni se estandarizó no era posible saber si estas diferencias eran reales o se debían a las limitaciones de utilizar de una traducción literal, por ello se decidió realizar un trabajo cuidadoso con la nueva versión del MMPI-2. Los trabajos que a continuación se presentan forman parte de las investigaciones iniciales realizadas en México, con el MMPI-2. Son estudios que respaldan la continuidad conceptual entre el MMPI original y el MMPI-2.

En México existen estudios con el MMPI-2 como el realizado por Lucio y Reyes (1992), en la facultad de psicología con estudiantes universitarios mexicanos. Se llevó a cabo una traducción del instrumento adecuada a nuestra población, una vez obtenida la versión final de inventario al español se procedió a seleccionar la muestra, tratando de mantener la misma metodología para la obtención de las normas de estudiantes norteamericanos, para obtener las normas de la población de universitarios de la UNAM.

Lucio y Reyes (1992) realizaron la primera investigación que tenía por objetivo traducir y adecuar el contenido y lenguaje de los reactivos del MMPI-2 a la población

mexicana. Para obtener la nueva versión en español, primero se hizo la traducción de la versión en inglés del MMPI-2, la cual fue revizada y afinada por los responsables de la investigación y un traductor experto, esta versión fue validada por jueces externos, conocedores del MMPI, de ello se obtuvo una versión que esta vez fué traducida al inglés, obteniéndose una alta correspondencia con el MMPI-2 original (en inglés). La muestra para la normalización de la prueba fue de 1, 920 estudiantes universitarios mexicanos, de ambos sexos, seleccionada al azar, a los cuales se les aplico la prueba de forma grupal. Se obtuvieron las medias y frecuencias de cada escala para obtener las normas. Las medias y las desviaciones estándar obtenidas fueron comparadas con las de la muestra normativa norteamericana y con las de una muestra de estudiantes norteamericanos (Butcher, 1989). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la muestra mexicana de estudiantes y la muestra norteamericana de estudiantes, tanto en las tres escalas de validez como en las diez escalas clínicas. En la comparación entre la muestra normativa mexicana y la población normativa norteamericana también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas excepto en las escalas 3 y 0. En la distribución de las puntuaciones T, la mayor diferencia se encontró en la escala 5 para las mujeres mayor a T 60. Se observó una gran dispersión respecto a la escala 8, en ambas poblaciones y en ambos sexos. Se concluyó que las diferencias encontradas parecen reflejar diferencias reales de personalidad entre ambas poblaciones (Lucio, 1995). Con este trabajo se establecieron las normas para los estudiantes mexicanos.

En su estudio las autoras encontraron diferencias significativas entre la población mexicana y la población norteamericana, pero menores a las que se encontrarán con el MMPI original, pues en ninguna de las escalas clínicas la población mexicana llega a presentar medias que caigan por arriba de T 55, ni mucho menos dentro de niveles psicopatológicos como sucedía con la primera versión del instrumento. En sus resultados, concluyen que las normas de los estudiantes mexicanos son diferentes de las de los estudiantes norteamericanos. Las diferencias que se encontraron entre la población mexicana y norteamericana parecen reflejar diferencias reales de personalidad entre ambas poblaciones. Los perfiles de los estudiantes mexicanos obtenidos con el MMPI-2, tienden más a la normalidad que los obtenidos por el MMPI original, lo cual se debe tanto a la revisión del instrumento, como a que el método de traducción y adaptación seguido en este estudio fué más estricto que el que se ha seguido en otras investigaciones en México.

Otra investigación es la de Ampudia, (1994) quien realizó un estudio exploratorio con el fin de conocer el comportamiento de las escalas suplementarias, escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-2 versión en español (Lucio y Reyes, 1992), y el rendimiento

académico alto, medio y bajo en un grupo de 650 estudiantes universitarios de las carreras de la facultad de ciencias y la escuela de artes plásticas de la UNAM. Se ha investigado la discriminación de variables de personalidad o académicas, utilizando el MMPI, para predecir el desempeño escolar en grupos de estudiantes. Sin embargo, no existen en México estudios con el MMPI-2 versión en español que relacionen las variables de personalidad con el rendimiento académico de los estudiantes. En los resultados las correlaciones obtenidas indican que no existen relaciones significativas entre las escalas suplementarias, clínicas, básicas y de validez, y el rendimiento académico de los estudiantes excepto en la escala de dominancia. Cuando se utiliza el análisis de varianza, se encuentra que en las escalas suplementarias hay diferencias significativas, solo en las escalas de dominancia y desajuste escolar, así como escalas clínicas de depresión, masculino-femenino y escalas de ansiedad, en relación a los diferentes promedios de calificación: alto medio y bajo. En un segundo análisis observó diferencias significativas por género en algunas de las escalas suplementarias en relación al rendimiento académico; escala de ansiedad, fuerza del yo, alcoholismo de Mac Andrew, dominancia, responsabilidad social, desajuste escolar, género masculino, género femenino, y la escala desorden de estrés posttraumático PK. Para las escalas clínicas y de validez por género se encontró que existen diferencias significativas en las escalas L de mentiras, K de corrección, hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, masculino-femenino, extroversión. Se puede concluir que existen algunas relaciones entre el perfil de personalidad del MMPI-2 y el rendimiento académico de los estudiantes. Así mismo al revisar los diferentes perfiles del instrumento permite hacer un análisis más fino de la personalidad del grupo estudiado.

Taboada (1993) efectuó la primera investigación en población nicaraguense, obteniendo las normas del MMPI-2 en estudiantes universitarios.

Palacios (1994) realizó la primera investigación clínica con el MMPI-2, en México, hizo un análisis de capacidad discriminativa del MMPI-2 comparando los perfiles de 200 pacientes psiquiátricos con los de 1,920 estudiantes universitarios. Encontró diferencias en las escalas de la tríada psicótica (paranoia, psicastenia e hipomanía), concluyendo que la prueba discriminó la sintomatología psicótica.

De la Torre (1994) aplicó el MMPI-2 y una entrevista clínica, por primera vez en México, a pacientes psiquiátricos. Se encontró relación en la mayoría de las categorías de la entrevista y las escalas de contenido del MMPI-2, principalmente en las escalas de ansiedad con la categoría de descripción de sí mismo y con la de relación con la gente. Otra asociación más es entre la escala de obsesividad con cuatro categorías: descripción de sí mismo; ocupación del padre; efecto de la muerte de la madre e internamiento. La

información que se obtuvo de ambos instrumentos se asocian significativamente, de lo cual, se concluye que la entrevista clínica proporciona datos válidos respecto a lo que mide una prueba, en este caso el MMPI-2.

Durán (1995) trabajó con las escalas clínicas del MMPI-2, su objetivo fué revizar la estructura factorial del MMPI-2 para la población mexicana y lo encontrado en los estudiantes norteamericanos. La versión traducida y adaptada en México (Lucio y Reyes 1992) fué aplicada a una muestra representativa de estudiantes universitarios (N=1920), cuyos datos fueron sometidos a análisis factorial. Los resultados muestran que la estructura factorial del MMPI-2 en los estudiantes mexicanos a pesar de ser diferente a la encontrada en los estudiantes norteamericanos, no es significativa, dichas diferencias están dadas en función de la cultura y no de aspectos de personalidad. En el caso de los hombres los factores que se identificaron fueron: Ideación Psicótica, Preocupaciones neuróticas, Identificación del Rol de género y Desórdenes de personalidad, para ambas muestras. Para las mujeres se mantuvieron los cuatro factores, en forma similar a la configuración encontrada en las mujeres norteamericanas. La diferencia en ambos grupos estuvo dada en como se agruparon las escalas dentro de los factores.

Pérez y Farias (1995) realizó un estudio sobre confiabilidad para ver como se comportaban las escalas del MMPI-2 versión en español (Lucio y Reyes 1992), en una muestra de 252 sujetos; 106 mujeres y 146 hombres, estudiantes universitarios observó, mediante un diseño de test-retest, si existían diferencias estadísticamente significativas. El análisis de los datos se llevo a cabo a través de medidas de tendencia central, correlación producto momento de Pearson ( $r$ ), la prueba  $t$  de Student y el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna del instrumento. En sus resultados encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el MMPI-2 en una muestra de estudiantes universitarios de la Cd. de México en los grupos de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias. Comparado con el estudio de test-retest realizado por Butcher (1989) con una muestra de sujetos extraídos de una comunidad adulta norteamericana de 193 sujetos; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Lo cual permite inferir que el MMPI-2, en su versión en español traducida y adaptada por Lucio y Reyes, (1992), es estable no solo para la muestra objeto de este estudio, sino también al comparar los resultados de éste con otros estudios similares, se obtuvieron consistencias que permiten hacer inferencias sobre la estabilidad y confiabilidad de este instrumento.

Paéz (1995) realizó una investigación para normalizar las escalas de contenido del MMPI-2, por ser escalas novedosas que permiten complementar el diagnóstico clínico a

partir de las respuestas del paciente a un grupo de reactivos homogéneos; y de esta manera contar con normas propias para la población mexicana. En su trabajo verificó la consistencia interna de cada una de las escalas, encontrando diferencias para los hombres en las escalas MIE, DEL; ENJ e ISO y para las Mujeres en OBS, DEL, ENJ. Las diferencias encontradas las atribuyó a hechos culturales.

Los estudios realizados tanto en México como en E. U. con el MMPI-2 muestran, la validez y confiabilidad de los resultados que se obtienen al aplicar el inventario a cualquier tipo de población con la cual se pretenda trabajar, así mismo se puede observar que tanto en México como en E. U. no hay trabajos clínicos con pacientes psicósomáticos de ahí la relevancia de la presente investigación, la cual parte de los antecedentes encontrados con el MMPI e inicia el trabajo en este tipo de población con el MMPI-2.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA**

Se han realizado diversas investigaciones con el objeto de evaluar la personalidad, y otras más para investigar la relación que existe entre las enfermedades psicosomáticas y los factores estresantes (Selye, 1964; Wolff en Howard, 1989; Doran, 1985 en Lipowiski, 1990; Stoudemire, 1990) que podrían estar relacionados con la enfermedad, así mismo se han realizado trabajos con el propósito de encontrar la relación que podría existir entre algún padecimiento de la piel con determinadas características de personalidad (Campos, 1964; Santamaria, 1978; Tapia y Dorado, 1984; Quintana, 1986; Córdova, 1992).

En este trabajo se pretende realizar una investigación de tipo Ex post facto, con una muestra de pacientes con neurodermatitis para observar si en este tipo de población se elevan más ciertas escalas del MMPI-2, en relación a los perfiles de la muestra normativa de estudiantes universitarios mexicanos (Lucio y Reyes, 1992), ya que en México no existen trabajos realizados con el MMPI-2 y con este tipo de población.

De acuerdo a este planteamiento, la manifestación de enfermedades psicosomáticas, específicamente neurodermatitis, se relaciona con ciertas características de personalidad (como son: dependencia, egocentrismo, inseguridad, baja confianza en sí mismo, y obsesividad), que actúan como tendencia significativa para que un sujeto desarrolle neurodermatitis.

La finalidad de este trabajo es obtener el perfil de personalidad de aquellos sujetos que padecen neurodermatitis, para que al conocer el perfil de personalidad puedan crearse medidas de apoyo y así atender a estas personas de manera adecuada, es decir, proporcionarles un tratamiento médico apoyado de una terapia psicológica, para así, eliminar gradualmente y de manera definitiva los síntomas y signos que padezca el paciente y que ayude a éste en el manejo de su sintomatología asociada con los aspectos psicológicos.

Por lo anterior, el principal objetivo de este trabajo, es determinar si las características de personalidad antes mencionadas, obtenidas de algunas escalas clínicas de contenido y suplementarias del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2); versión en español (Lucio y Reyes 1992), se relacionan con las manifestaciones de neurodermatitis. Se eligió este inventario por ser la versión mejorada del MMPI, y porque

a través de sus 567 reactivos evalúa patrones importantes de personalidad y desórdenes emocionales. Además de ser una prueba con un uso muy extenso y amplia validación clínica.

Por lo que para este estudio se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Influyen las características de personalidad en la manifestación de neurodermatitis?
- ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas del MMPI-2 entre del grupo de estudiantes mexicanos y el grupo de pacientes con neurodermatitis?

### **3.2.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

El MMPI-2, es un instrumento que permite identificar rasgos de personalidad que constituyen elementos de diagnóstico de problemas emocionales, por ello y de acuerdo a los estudios que se han hecho (Campos, 1964; Santamaria, 1978; Tapia y Dorado, 1984; Quintana, 1986; Córdova, 1992) podemos decir que si las características de personalidad encontradas en pacientes con neurodermatitis son hostilidad y agresividad reprimida, ansiedad, depresión, dependencia, labilidad emocional, baja autoestima e hipersensibilidad, entonces habrá diferencias estadísticamente significativas en las escalas básicas de validez F, en las escalas clínicas: 1, 2, 3 y 7; en las escalas de contenido: ANS, MIE, OBS, DEP, SAU, BAE y en las escalas suplementarias: A, R, Fyo, Hr; en el perfil de personalidad del MMPI-2 entre el grupo de pacientes con neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos, de los datos obtenidos por (Lucio y Reyes, 1992).

### **3.2.2 HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS**

H. ALTERNA 1: Existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas básicas de validez y clínicas: F, 1(Hs), 2(D), 3(Hi) y 7(Pt) del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

H. NULA 1: No existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas básicas de validez y clínicas: F, 1(Hs), 2(D), 3(Hi) y 7(Pt) del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

H. ALTERNA 2: Existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas de contenido: ANS, MIE, OBS, DEP, SAL y BAE del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

H. NULA 2: No existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas de contenido: ANS, MIE, OBS, DEP, SAL y BAE del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

H. ALTERNA 3: Existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas suplementarias: A, R, Fyo y Hr del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

H. NULA 3: No existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas suplementarias: A, R, Fyo y Hr del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

### **3.3 VARIABLES:**

Para la investigación se manejarán las siguientes variables:

- V. Independiente: El padecimiento de Neurodermatitis.
- V. Dependiente: Las respuestas de los sujetos al inventario (MMPI-2) a través de las cuales se obtendrán las características de personalidad.
- V. Atributivas: Edad, sexo y escolaridad.

#### **3.3.1 DEFINICIÓN DE VARIABLES**

##### **A) VARIABLE INDEPENDIENTE**

-Neurodermatitis:

##### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL :**

Es un tipo de trastorno psicofisiológico o psicosomático, en el cual existe una relación entre los procesos mentales y los procesos fisiológicos, es decir, se refiere a los síntomas físicos que no proceden de una causa orgánica obvia y en los que la tensión emocional desempeña una función de primer orden y los síntomas son primordialmente fisiológicos, la ansiedad no se alivia (Salomón, 1976).

Se caracteriza por una lesión observable de la piel, localizada casi siempre en la nuca, cara interior de los muslos, región púbica y en el dorso de las manos, da la apariencia de piel seca. Es una afección crónica, produce comezón. La lesión se acompaña de profundos surcos debidos a la constante irritación y rascaduras.

##### **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

En esta investigación se habla de neurodermatitis, lo cual, implica una somatización, esto significa que las personas expresan sus conflictos emocionales y psicológicos de manera constante, por medio de una canalización orgánica, manifestando, de manera persistente, preocupaciones relacionadas con su salud física, preocupaciones que manifestarán al contestar el MMPI-2.

## **B) VARIABLE DEPENDIENTE**

-Las respuestas de los sujetos al MMPI-2

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

**RESPUESTA:** manifestación emitida por el sujeto ante la percepción de algún estímulo (Diccionario médico Luigi, 1987). En este caso las respuestas dadas de los sujetos ante los reactivos del MMPI-2.

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL :**

Las respuestas de los sujetos al MMPI-2, al elegir una opción V ó F, las características cuantitativas del MMPI-2 que permiten la organización de las escalas de validez, las clínicas, de contenido y suplementarias; que al dar un resultado permiten obtener un perfil de personalidad para su interpretación clínica, de acuerdo a los cuadros clínicos correspondientes a los nombres de las escalas.

### **3.4 MUESTRA**

Con el objeto de realizar la presente investigación se seleccionó a través de un muestreo intencional por cuota a sujetos con diagnóstico de neurodermatitis. El muestreo intencional por cuota consiste en utilizar datos como el sexo, raza, religión, entre otros, para obtener una muestra, y por cuotas significa que el investigador establece el número de personas a las que va a aplicar, (que en este caso consistió en aplicar la prueba a todos los pacientes que acudieran al servicio externo del "Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua", durante cinco meses.

Para el grupo de estudiantes se tomaron los datos obtenidos en el estudio realizado por Lucio (1995), como medidas de comparación.

#### **3.4.1 SUJETOS**

La muestra estuvo integrada por 44 sujetos.

1).-Los criterios de inclusión fueron:

-**PACIENTES** :De consulta externa del Centro Dermatológico

"Dr. Ladislao de la Pascua", S. S.

-**EDAD:** De 19 a 45 años

-ESCOLARIDAD: Mínimo Primaria

-TIPO DE PADECIMIENTO: Neurodermatitis

2).- Se consideraron también los criterios de inclusión para el MMPI-2 propuestos por Butcher, (1989) y adaptados por Lucio, (1995) para México.

Índice de Gough hasta 9 (F-K).

Respuestas verdaderas hasta de 454 80%.

Respuestas falso hasta de 454 80%.

Sin respuesta hasta de 29 reactivos.

INVER (TRIN) hasta 13.

INVAR (VRIN) hasta 13.

Fb hasta 11.

F hasta 20.

Los criterios de inclusión para la muestra de estudiantes universitarios mexicanos (Lucio, 1995) fueron:

-Edad de 17 a 36 años.

-Sexo sólo los que lo marcaron.

-Índice de Gough hasta 9.

-Ciertos hasta 454 80%.

-Falsos hasta 454 80%.

-Sin respuesta hasta 29.

-INVER (TRIN) entre 5 y 13.

-INVAR (VRIN) hasta 13.

-Fb hasta 11.

-F hasta 20.

### 3.5 INSTRUMENTO

Se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), versión en español (Lucio y Reyes 1992). El MMPI-2 es una prueba clínica multidimensional que proporciona una evaluación más amplia de la personalidad. La aplicación puede ser

individual o colectiva pues es autoadministrada, su base es estadística, lo cual, nos permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas. Es un instrumento a través, del cual, un individuo define sus propias características de personalidad y en general, la organización de sus rasgos. Además de ser una prueba donde el perfil obtenido nos permite observar a simple vista las diferencias o similitudes en los perfiles. Se eligió la versión en español del MMPI-2, ya que esta descarta errores al obtener los puntajes para los perfiles por contar con normas nacionales contemporáneas, además de ser una prueba con escalas de confiabilidad que garantizan la validez del perfil.

Es un cuadernillo que consta de 567 reactivos a los que el sujeto puede responder verdadero o falso, en una hoja de respuestas individual, diseñada por Lucio, Monzón y Anpudia (1995). La calificación global del instrumento se realiza por medio de un sistema de lectura óptica.

### **3.5.1 PERFIL DEL MMPI-2**

Para obtener el perfil básico se toman puntajes basados en escalas derivadas de las de Hathaway y Mckinley y modificadas por la reestandarización del instrumento. Se organizan por medio de dos series, los indicadores de validez y las medidas clínicas, y con excepción del puntaje "no sabría decir" se trazan y marcan de manera separada para el perfil individual. Se anota el número de reactivos por escala. Estos valores puntajes T lineales para los indicadores de validez y para las escalas 5 y 0; puntajes T uniformes para las escalas 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 y 9.

El paso siguiente es agregar K a los puntajes crudos de las escalas 1, 4, 7, 8 y 9, en la fracción que les corresponde a cada una de ellas y sumarlos al puntaje crudo. Para trazar el perfil se debe considerar el sexo del sujeto, los puntajes crudos se anotan abajo del perfil y en las columnas de la derecha y de la izquierda dan los valores del puntaje T correspondiente; marcar con un punto la señal del puntaje crudo para cada escala y unirlos puntos de las 10 escalas básicas con una línea, lo mismo hacemos con las escalas de validez (Lucio, 1995; Lucio y Anpudia, 1995).

### **3.5.2 CLAVE DEL PERFIL**

Para indicar las diferentes claves que se obtienen de los perfiles se emplea un sistema de codificación, al codificar se le asigna un número a cada escala, en lugar de utilizar abreviaciones de los nombres de las mismas y así evitar implicaciones psiquiátricas.

El sistema de Welsh es el que se utiliza para el MMPI-2, el primer paso es escribir el número de todas las escalas básicas conforme el orden en que se elevan en puntaje T, del

más alto al más bajo, a continuación se anotan las escalas de validez, (a la derecha de la codificación de las escalas básicas), anotando las iniciales de cada una de las escalas en orden descendente de acuerdo a la puntuación T de cada una de ellas. Se subrayan las escalas cuyos puntajes tienen el mismo valor o tienen un punto de diferencia. Luego se agregan los símbolos de elevación utilizando las siguientes anotaciones para designar los rangos de elevación de diez puntos de los puntajes T (Lucio, 1995; Lucio y Ampudia, 1995).

\*\* 100 - 109

" 80 - 89

' 70 - 79

+ 65 - 69

- 60 - 64

/ 50 - 59

: 40 - 49

# 30 - 39

29 y menos de 29 a la derecha de #

Algunos usuarios utilizan símbolos de elevación adicionales, los puntajes de 110 a 119 se muestran seguidos de l y los puntajes de 120 o más seguidos de ll.

### 3.6 CONTENIDO DE LAS ESCALAS DEL MMPI-2

Para conocer lo que cada escala mide Lucio y Ampudia, (1995) realizan una compilación, de lo que hasta ahora se ha escrito sobre lo que miden cada una de las escalas básicas clínicas y de validez del MMPI-2.

#### 3.6.1 ESCALAS DE VALIDEZ

- Escala no puedo decir: Número de reactivos sin contestar, más de 30 reactivos vacíos invalidan la prueba.

- La escala L: Consta de reactivos que el sujeto puede contestar negando varias faltas menores y defectos de su carácter que la mayor parte de las personas están dispuestas a admitir como ciertas; puntajes muy altos producen perfiles denominados de falsa-bondad.

- La escala F: Como cada reactivo de esta escala se contestó en la dirección significativa, por alrededor del 10% de los sujetos del grupo normativo original, no es fácil que una persona que conteste la prueba con el cuidado y la comprensión debidos obtenga un puntaje crudo de más de 5 ó 6 o, un valor de puntaje T mayor de 55. Su calificación indica la cooperación del sujeto, T=65-80 indica la exageración de síntomas e incluso respuestas al azar, desorientación, psicopatología, fingimiento o diferencias culturales.

- La escala K: Mide defensividad del sujeto y es corrector de las escalas clínicas: Hs, Dp, Pt, Es, y Ma, además esta escala correlaciona con el nivel de inteligencia y el nivel educativo (Butcher, 1992; Lucio y Ampudia, 1995).

La escala F Posterior: Evalúa la validez de la prueba en las respuestas a los reactivos de la última parte, que no son detectados por F. Es útil para determinar si se deben interpretar o no las escalas de contenido, ya que identifica a los individuos que proporcionaron registros de pruebas no aceptables y sus reactivos están después del reactivo 370. Identifica respuestas al azar e invalidez con un puntaje T mayor de 120, sin embargo puntajes mayores de T 80 podrían sugerir respuestas inapropiadas, indicando que la interpretación de las escalas de contenido y suplementarias deben hacerse con precaución.

- La escala INVER e INVAR: Proporcionan un índice de la tendencia del sujeto a responder los reactivos de manera inconsistente o contradictoria. Se basan en el carácter consistente, inconsistente o contradictorio encontrado en el análisis de las respuestas del individuo.

INVER: Escala de inconsistencia en las respuestas verdadero, de carácter experimental se compone de 23 pares de reactivos opuestos en contenido, en los que la combinación de dos verdaderos o dos falsos es semánticamente inconsistente. Utilizada para detectar a sujetos que contestan de manera inconsistente o indiscriminada, puntajes altos respuestas ciertas indiscriminadas y puntajes bajos respuestas de falso indiscriminadas, ambas dan perfiles inválidos.

INVAR: Escala de inconsistencia de respuestas variables. También es una escala de naturaleza experimental, se compone de 49 pares de respuestas (cierto-falso, falso cierto, cierto-cierto y falso-falso). Esta escala se puntúa sumando las cantidad de respuestas inconsistentes.

### 3.6.2 ESCALAS CLÍNICAS

Son las mismas que para el MMPI original, también con números para las claves, pero no son iguales por el contenido de sus reactivos, (véase tabla 1). Para la interpretación

de las escalas del MMPI-2 se considera elevación moderada a la puntuación T entre 60 y 64, y alta T igual o mayor a 65. Las puntuaciones bajas en la mayoría de las escalas no se interpretan a excepción de la escala Si y la escala Mf, cuya significación es bipolar (Lucio, 1995; Lucio y Ampudia, 1995).

1.- Hipocondriasis (Hs) Con 32 reactivos. Se refiere principalmente a la cantidad de interés que la persona concede a su salud física, es decir la tendencia a la somatización, la escala no sólo nos habla de aspectos específicos sino del funcionamiento general del cuerpo. Las personas expresan en forma constante sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática, manifestando persistentemente su preocupación relacionada con la salud física. Es también característica del hipocondríaco, ser egocéntrico, narcisista e inmaduro en la forma como afronta sus problemas, la necesidad que tiene el sujeto de elaborar una defensa contra sus fallas, a las que intenta justificar mediante sus molestias físicas o síntomas, prefiriendo reconocer éstas como la causa de su problemática, antes de aceptar su origen psicológicos.

2.- Depresión (D) Con 57 reactivos. Por medio de esta escala es posible encontrar estados de ánimo momentáneos. Esta escala mide la depresión que se expresa por medio de sentimientos como: baja moral, minusvalía, desesperanza, tristeza, inseguridad, abatimiento, indecisión y culpa. Así como características básicas de personalidad de responsabilidad excesiva, normas personales estrictas, una actitud de autocrítica y tendencia a la introversión y el aislamiento, así como a sentirse fuertemente culpables y derrotados. Esta escala tiende a estar un poco más elevada en la población mexicana que en la norteamericana.

3.- Histeria (Hi) Con 60 reactivos. Esta escala fue construida con pacientes que manifestaban alguna forma de desorden sensorial motor, sin base orgánica. Algunos de los reactivos reflejan quejas físicas o desórdenes específicos, pero muchos otros involucran la negación de problemas en la vida personal o la falta de ansiedad social frecuentemente observada en individuos con estas defensas. Esta escala se refiere a la búsqueda de reconocimiento, aceptación, cariño y tolerancia que el individuo demanda de su grupo. El individuo con puntaje elevado es psicológicamente inmaduro, caprichoso e infantil. Por su egocentrismo y narcisismo espera atención y afecto excesivo de los demás y puede recurrir a la manipulación para lograrlos. Las relaciones interpersonales de los sujetos en esta escala elevada, son superficiales e indirectas por lo que no expresan abiertamente su resentimiento ni hostilidad, se caracterizan por una fuerte dependencia hacia las personas por las que se sienten aceptados. Además muestran poca tolerancia a la frustración y al rechazo, es difícil que acepten que su problema es de tipo psicológico y la represión es uno de sus principales mecanismos de defensa. Son personas que tienden a mostrarse extrovertidas,

amigables, platicadores y entusiastas, ocasionalmente su conducta sexual o agresiva puede ser deshinibida y con poca consciencia de las consecuencias de ello.

4.- **Desviación psicopática (Dp)** Con 50 reactivos. Algunos reactivos de la escala involucran la propensión de estas personas a reconocer este tipo de problemas con la ley o con la autoridad, otros reflejan su falta de interés por los patrones sociales y morales de conducta. El objeto principal de esta escala es estudiar el grupo conocido como desviación psicopática cuya dificultad radica en la ausencia de respuestas emocionales profundas, impidiendo de esta manera establecer relaciones interpersonales satisfactorias, así como beneficiarse de su experiencia, son personas fácilmente irritables, hostiles, agresivas, con falta de juicio, sin sentido de responsabilidad y de control en su conducta. La escala indica problemas para establecer vínculos con personas que representan la autoridad, tiene dificultades para someterse a las imposiciones, su conducta va desde la inconformidad encubierta hasta la rebelión mas franca.

5.- **Escala de Masculinidad-Feminidad (Mf)** Con 56 reactivos.

Esta medida fue desarrollada con hombres que buscaban ayuda psiquiátrica para controlar sus sentimientos homoeróticos y poder enfrentar confusiones dolorosas sobre su rol de género. Los reactivos de la escala cubren reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que hombres y mujeres en general difieren, Como los puntajes T para mujeres corren de manera opuesta a aquellas de los hombres, la escala 5 es esencialmente inversa para los dos sexos (con excepción de 4 reactivos que funcionan igual para ambos sexos). Se refiere a las características masculinas y femeninas que el grupo social asigna convencionalmente a los respectivos papeles del varón y la mujer. Por lo tanto, esta escala debe considerarse como una medida de las actitudes de ajuste ante diversas situaciones sociales, así como de los intentos por ofrecer una apariencia determinada en relación con la vivencia de un papel psicosexual. De ninguna manera esta escala puede utilizarse para detectar algún tipo de alteración de la sexualidad.

6.- **Paranoia (Pa)** Con 40 reactivos. Esta escala hace referencia al término paranoia que se relaciona con actitudes de desconfianza, suspicacia, hipersensibilidad, susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a mal interpretar los motivos e intenciones de los otros, sospecha, inseguridad ideas de referencia y persecución, sentimientos de grandeza, tendencia a interpretar los estímulos de manera inadecuada.

7.- **Psicastenia (Pt)** Con 48 reactivos. Esta escala mide características de personalidad obsesivo-compulsivas, temores exagerados y reacciones fóbicas. La tendencia a la conducta

obsesivo compulsiva se manifiesta por medio de angustia, con que el individuo se enfrenta a las situaciones, inseguridad, desconfianza en sí mismo, con un panorama del mundo generalmente amenazador, hostil y angustioso, caracterizándolo sentimientos de culpa constante. La escala mide exceso de tensión, estados de ansiedad y angustia. Generalmente muestra a sujetos dependientes, deseosos de agradar, indecisos, inseguros, insatisfechos de ellos mismos, incapaces de tomar decisiones rápidas, exigentes hacia sí mismos, con poca tolerancia hacia sus propias fallas, buscan patrones de conducta preestructurados y delimitación precisa de las situaciones a las que se tienen que enfrentar (tratan de reunir el máximo de seguridad antes de actuar), son meticulosos con tendencia al perfeccionismo y a reaccionar con respuestas generalizadas e inadecuadas ante fragmentos de estímulos. Si la escala está un poco elevada puede indicar un buen nivel de angustia, que frecuentemente es resultado de una actitud crítica frente a la vida, lo que permite al sujeto ser consciente de sus fallas, sus problemas y sus posibles causas, y hace que trate de modificarlos.

8.- Esquizofrenia (Es) Con 78 reactivos. Esta escala es considerada una de las más débiles dado lo complejo del síndrome. Los rasgos más sobresalientes que detecta son la incongruencia del afecto, tendencia al aislamiento y a la fantasía, conductas excéntricas, experiencias extrañas y susceptibilidad marcada. Un puntaje muy elevado indica confusiones ocasionales entre la fantasía y la realidad, lo que puede representar un riesgo para la desintegración de la estructura de la personalidad.

9.- Manía (Ma) con 46 reactivos. Esta escala evalúa la energía que tiene el sujeto para fijarse metas, ambicionar algo y tratar de alcanzarlo. Los puntajes elevados pueden describir a un sujeto activo, dinámico, emprendedor, ambicioso y con gran energía para emprender muchas actividades, tal vez en forma simultánea. Sus relaciones interpersonales pueden considerarse bien integradas pero poco profundas lo que puede considerarse como una incapacidad para establecer compromisos afectivos profundos, debido quizá a la falta de constancia en la motivación, que lleva a estas personas a realizar cambios frecuentes en sus actividades, en ocasiones sin concluirlos. Es una persona que no se beneficia de sus experiencias, lo que denota algunas dificultades en las capacidades de anticipación y planeación.

0.- Escala de Introversión social (Is) Con 69 reactivo Esta escala es adicional, no hace referencia a ningún aspecto de la personalidad que pueda mostrar alteraciones, más bien intenta encontrar tendencias bipolares de personalidad e identificar características que en la terminología de Jung, se agrupan bajo la categoría de introversión-extroversión. Características como: tendencia a la introversión, retraimiento, con tendencia a reflexionar acerca de sí mismo y, en consecuencia con la posibilidad de lograr un buen insight. Esto no

quiere decir que sea un sujeto aislado con problemas para relacionarse interpersonalmente, pues aunque la comunicación de estas personas parece ser un poco restringida, una vez, que se establece lo hacen de manera profunda.

En el MMPI-2 se presenta un grupo de escalas adicionales para enriquecer la interpretación de las escalas básicas y para ampliar el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos. En la interpretación de estas escalas, no hay un límite absoluto para los puntajes altos y bajos. En general, los puntajes T abajo de 40 se consideran como puntajes bajos Lucio y Ampudia, (1995).

### 3.6.3 ESCALAS DE CONTENIDO

El contenido de los reactivos en el MMPI-2 requirió de pocos cambios ya que algunos de los reactivos originales han sido cambiados o suprimidos y muchos reactivos nuevos han sido incluidos para proporcionar contenido adicional para obtener los factores de personalidad y los problemas clínicos. Las escalas de contenido han mostrado a menudo ser tan válidas en la descripción y predicción de variables de personalidad, como otras escalas desarrolladas por otros métodos, por otra parte, las escalas de personalidad basadas en el contenido tienen la ventaja de ser más fáciles de interpretar gracias a su contenido homogéneo (Burich, 1984). La interpretación de las escalas de contenido del MMPI ha llegado a ser más aceptado como un accesorio para la interpretación de las escalas empíricas tradicionales (Graham, 1987), por precisar y complementar la interpretación de las escalas clínicas.

El valor de las escalas de contenido es suplementario, pues tienen significado teórico y predictivo, a través de ellas se puede obtener información sobre la personalidad. Estas escalas evalúan cuatro áreas clínicas generales de acuerdo a Lucio y Ampudia, (1995):

#### 1) CONDUCTAS SINTOMÁTICAS INTERNAS:

**-Ansiedad (ANS):** consta de 23 reactivos. Puntuaciones altas de la escala ANS denotan síntomas generales de ansiedad que incluyeron tensión, problemas somáticos (tales como taquicardia y dificultad en la respiración), dificultades para dormir, preocupaciones y falta de concentración. Estas personas temen volverse locos, sienten la vida como tensión constante, y tienen dificultad para tomar decisiones. Parecen estar conscientes de estos síntomas y problemas, por lo que admiten abiertamente tenerlos.

**-Miedos (MIE):** consta de 23 reactivos. Una calificación alta en la escala MIE indica que se trata de un individuo con muchos temores específicos. Estos incluyen el miedo a ver sangre, a estar en lugares altos, a perder el dinero o el hogar. Además temores a animales como

serpientes, ratones o arañas. También miedo a fenómenos naturales como el agua, el fuego, tormentas y desastres. Se incluye el miedo a la obscuridad, a sentirse enclaustrado y a la suciedad.

**Obsesividad (OBS):** consta de 16 reactivos. Calificaciones altas caracterizan a personas con dificultad para tomar decisiones, tendencia a meditar excesivamente sus puntos de vista hasta el punto de impacientar a la gente que los rodea. Los cambios les resultan angustiantes y pueden mostrar algunas conductas compulsivas como contar o guardar cosas insignificantes. Se preocupan excesivamente y con frecuencia, se sienten abrumados por sus propios pensamientos.

**-Depresión (DEP):** consta de 33 reactivos. Las calificaciones altas en esta escala caracterizan a individuos con pensamientos depresivos. Indican también sentimientos de tristeza, intranquilidad e incertidumbre sobre el futuro, y desinterés en la vida. Pueden mostrar intenciones de suicidio o deseo de estar muertos, pensar que están condenados o que han cometido pecados imperdonables. No ven en otras personas fuentes de apoyo.

**-Preocupación por la Salud (SAL):** consta de 36 reactivos. Las puntuaciones altas se dan en personas que muestran síntomas físicos en las diversas funciones corporales. Se incluyen los síntomas gastrointestinales (tales como estreñimiento, náusea, vómito y malestar estomacal), problemas neurológicos (convulsiones, vértigo, desmayo y parálisis); problemas sensoriales (oído o vista deficientes), síntomas cardiovasculares (dolores del corazón o del pecho), problemas de la piel, dolor (dolores de cabeza, dolores de cuello) y molestias respiratorias (tos, fiebre de heno, asma). Estos individuos se preocupan por su salud y se sienten más enfermos que la mayoría de las personas.

**-Pensamiento Delirante (DEL):** consta de 24 reactivos. Procesos de pensamiento psicopáticos caracterizan a los individuos con calificaciones altas en la escala. Estas personas pueden mostrar alucinaciones auditivas, visuales u olfatorias y pueden reconocer que sus pensamientos son extraños y peculiares. Pueden presentar también ideación paranoide (como la creencia de que están conspirando en su contra o que alguien está tratando de envenenarlos). Estos individuos pueden sentir que tienen una misión que cumplir en la vida o que tienen poderes especiales.

## **2) TENDENCIAS AGRESIVAS EXTERNAS:**

**-Enojo (ENJ):** consta de 16 reactivos. Puntuaciones altas sugieren problemas para controlar el enojo. Estos individuos muestran ser irritables, gruñones, impacientes, arrebatados, y obstinados. Algunas veces con ganas de maldecir o destrozar cosas, pueden perder el control y agredir físicamente a las personas o destruir objetos.

**-Cinismo (CIN):** consta de 23 reactivos. calificaciones altas muestran que los sujetos tienen creencias misantrópicas, esas personas suponen que detrás de los actos de otros hay motivos negativos escondidos, por ejemplo, creen que la mayoría de las personas son honestas simplemente porque tienen miedo a ser sorprendidas. Creen que se debe desconfiar de las personas, porque utilizan a otras y son amigables solo por razones egoístas. Las personas con puntuaciones altas en esta escala, mantienen probablemente actitudes negativas hacia quienes están cerca de ellos, incluyendo a sus compañeros de trabajo, su familia y sus amigos.

**-Prácticas Antisociales (PAS):** consta de 22 reactivos. Las calificaciones altas muestran actitudes misantrópicas similares a aquellas con calificaciones altas en la escala de CIN, quienes tienen calificaciones altas en la escala de PAS, muestran conductas problema durante sus años escolares, además de prácticas antisociales tales como dificultades con la ley, robos, o hurtos en las tiendas. Algunas veces se divierten con las actividades de los criminales, y aunque no apoyan conductas ilegítimas explícitamente ellos creen que esta bien eludir a la ley.

**-Personalidad tipo A (PTA):** consta de 19 reactivos. Puntuaciones altas en la escala PTA caracterizan a individuos rígidos, de movimientos rápidos, y orientados al trabajo, quienes frecuentemente se impacientan son irritables, y enojones. Tampoco les gusta esperar o ser interrumpidos, para ellos jamás hay tiempo suficiente en un día para realizar sus tareas. Son directos y pueden ser dominantes en sus relaciones con otros.

### **3) AUTOCONCEPTO NEGATIVO:**

**-Baja Auto estima (BAE):** consta de 24 reactivos. Las calificaciones altas en esta escala caracterizan a individuos con una pobre opinión de sí mismos. No creen que les simpatizan a otros o que son importantes. Pueden mantener muchas actitudes negativas acerca de sí mismos, incluyendo pensamientos como de que ellos no son atractivos, que son torpes e inútiles, además de una carga para otros. Evidentemente carecen de autoconfianza y encuentran difícil aceptar elogios. Pueden sentirse abrumados por todas las fallas que ven en sí mismos.

### **4) INCOMODIDAD SOCIAL:**

**-Incomodidad Social (ISO):** consta de 24 reactivos. Puntuaciones altas de la escala indican que se trata de individuos que se sienten muy inquietos cerca de otros, por lo que prefieren estar solos. Cuando se encuentran en situaciones sociales, probablemente se sienten solos en lugar de unirse al grupo. Se ven a sí mismos como personas tímidas y no les gusta ni las fiestas ni otros eventos grupales.

**-Problemas Familiares (FAM):** consta de 25 reactivos. Alifaciones altas indican discordias familiares considerables. Estos individuos describen a sus familiares como carentes de amor, peleconeros y desagradables, pueden hasta expresar aborrecer a algunos de los miembros de su familia, describirse maltratados en su infancia y sus matrimonios los consideran infelices y carentes de afecto.

**-Dificultades en el trabajo (DTR):** consta de 33 reactivos. Puntuaciones altas sugieren conductas o actitudes que probablemente contribuyan a un desempeño pobre en el trabajo. Algunos de los problemas se relacionan con una baja autoconfianza, dificultades para concentrarse, obsesividad, tensi3n, y presi3n, adem1s de dificultades con la toma de decisiones. Otros problemas sugieren la falta de apoyo familiar para la elecci3n de carrera, y actitudes negativas hacia los colaboradores.

**-Indicadores Negativos de Tratamiento (RTR):** Consta de 26 reactivos. Las calificaciones altas en la escala RTR indican que se trata de individuos con actitudes negativas hacia los doctores y hacia el tratamiento de la salud mental. Los individuos que puntúan alto en esta escala no creen que alguien pueda ayudarlos o entenderlos. Tienen problemas ya que no se sienten cómodos discutiendo con alguien. Pueden querer no cambiar nada en sus vidas, ni sentir que el cambio sea posible, prefieren darse por vencidas que enfrentarse a las crisis o dificultades.

### 3.6.4 ESCALAS SUPLEMENTARIAS

EL MMPI-2 contiene un grupo de escalas suplementarias para enriquecer la interpretaci3n de las escalas b1sicas y para ampliar el conocimiento de problemas y des3rdenes clnicos. En la interpretaci3n de estas escalas no hay lmite absoluto para los puntajes altos o bajos. En general los puntajes T altos son los mayores de 65 y los bajos menores de T 40. Los reactivos de estas escalas se encuentra a partir del 371. Para conocer lo que cada escala mide Lucio y Ampudia, (1995) realizan una compilaci3n, de lo que hasta ahora se ha escrito sobre lo que miden cada una de las escalas Suplementarias del MMPI-2.

**-Escala de Ansiedad (A):** desarrollada por Welsh (1956) y utilizada por Butcher (1989). Consta de 39 reactivos. Los puntajes altos de esta escala son indicadores de ansiedad, intranquilidad, ritmo personal lento, pesimismo, apatía, timidez, retraimiento, inhibici3n, control excesivo defensividad, racionalizaci3n, sumisi3n, conformismo, docilidad, angustia y cautela.

**-Escala de Represión (R):** creada por Welsh (1956) e integrada por Butcher (1989). Consta de 37 reactivos. Esta escala sugiere a personas con una emotividad violenta, dominante, y reacciones sociales agradables.

**-Escala Fuerza del Yo (Fyo):** desarrollada por Barron(1953). Consta de 52 reactivos. Evalúa la capacidad de un individuo para beneficiarse de una psicoterapia y para predecir las respuestas de pacientes neuróticos a la psicoterapia, es una medida de adaptación, de fortaleza, de recursos personales y de funcionamiento eficiente; nos da índices del estilo personal de afrontamiento y de la capacidad de integración personal (Skile y Shiraz, 1988).

**-Escala revisada de alcoholismo de Mac-Andrew (A-Mac)** por Mac Andrew en (1965) consta de 49 reactivos. Esta escala proporcionará índices de la propensión a la adicción en general, mas que la tendencia al alcoholismo. Los puntajes elevados de la escala pueden estar asociados con la propensión a la adicción, son característicos de personas extrovertidas, exhibicionistas y que están dispuestas a correr riesgos.

#### **ESCALAS SUPLEMENTARIAS ADICIONALES**

**-Escala de Hostilidad reprimida (Hr):** desarrollada por Megargee, Cook y Mendelson (1967). Compararon las respuestas de prisioneros violentos y no violentos. Consta de 28 reactivos. Esta escala proporciona una medida de la capacidad individual para tolerar la frustración sin tomar represalias. Los puntajes elevados en esta escala son característicos de personas que tienden a responder apropiadamente a la provocación aparente. Se dispone de poca información en cuanto a puntajes bajos. Se puede tratar inclusive de personas crónicamente agresivas o individuos que expresan agresión exageradamente sin provocación aparente.

**-Escala de Dominancia (Do):** desarrollada por Gough, Mc Closky y Mechl (1952), consta de 25 reactivos. Mide la fuerza que tiene el individuo en las situaciones personales, habilidad para influir en los demás y confianza en si mismo.

**-Responsabilidad Social (Rs):** desarrollada por Gough, McClosky y Meel (1952), consta de 30 reactivos. Los puntajes altos indican que los sujetos tienden a verse a sí mismos como decididos a aceptar las consecuencias de su propia conducta, son responsables y dignos de confianza.

**-Desadaptación Profesional (Dpr):** desarrollada por Kleinmunte (1961), consta de 41 reactivos. Esta escala discrimina entre los profesionistas bien adaptados emocionalmente y los no adaptados.

**-Rol de Género Masculino Femenino (GF,GM):** desarrollado por Dahlstrom (1988), consta de 46 reactivos. La escala GM indica que los sujetos masculinos tienen confianza en sí mismos, perseverancia y amplios intereses, carencia de temores o sentimientos referentes a sí mismos. La escala GF indica en los sujetos femeninos tendencias a la religiosidad, a no jurar ni maldecir, poco control sobre el propio temperamento, problemas con el alcohol y las drogas.

**-Desorden de Estrés Postraumático (EPK y EPS):** desarrollada por Malloy y Fainbank (1984), la primera, y la segunda por Schenger y Kulka (1987), consta de 46 reactivos. Estas dos escalas tienden a ser independientes, ambas pueden usarse conjuntamente para el diagnóstico.

### 3.7 PROCEDIMIENTO

Para cubrir con los objetivos de la presente investigación se acudió al hospital dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, durante cinco meses, dos veces por semana, para obtener la muestra de pacientes con Dx de neurodermatitis; para esto se consultó el archivo de los nombres de los pacientes para identificar a aquellos que reunieran los criterios de inclusión, y más tarde pedirles su colaboración para contestar el inventario. También se acudió a la preconsulta para abordar a aquellos pacientes que acudirán por primera vez al hospital y que cubrieran con los criterios de inclusión. A todos los sujetos se les pidió su colaboración, diciéndoles que se trataba de una investigación con perspectiva psicológica, en la cual se pretendían conocer las características de personalidad de aquellos pacientes con neurodermatitis, que los datos obtenidos serían confidenciales, se manejarían en conjunto y que lo harían mientras esperaran su consulta.

Se aplicó en forma individual a cada paciente la versión en español para México del MMPI-2 (Lucio y Reyes 1992), en donde cada sujeto contestó a su elección con la opción de verdadero o falso utilizando el cuadernillo de preguntas y una hoja de respuestas; el promedio de tiempo empleado para contestar la prueba fue de 2 horas aproximadamente. Conforme se reunió la muestra se calificaron las hojas de respuesta, mediante lectora óptica y se obtuvieron los puntajes en bruto de la muestra y el puntaje corregido con la escala K para realizar el análisis de los datos a través del paquete estadístico SPSS/PC. Con el cual, se obtuvieron las medias y desviaciones estándar, separadas para hombres y para mujeres, de cada una de las escalas que conforma el inventario.

Una vez que se obtuvieron las medias de los pacientes por escala, se tomaron los datos obtenidos en el estudio de normalización del MMPI-2 para estudiantes universitarios mexicanos (Lucio y Reyes, 1992) para comparar las medias por escala y por sexo entre los

pacientes con neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos a través de la t de Student.

### **3.8 TIPO DE INVESTIGACION**

Es una investigación Ex post facto que significa "a partir de lo ya acontecido", donde es imposible manipular y asignar los sujetos a tratamiento, por que la variable independiente ya ocurrió. El investigador comienza con la observación de la variable dependiente y estudia retrospectivamente las variables independientes en busca de los efectos que pudieran tener en aquella (Kerlinger, 1988).

#### **3.8.1 TIPO DE ESTUDIO**

De acuerdo al objetivo del estudio se clasifica como confirmatorio de campo: Los estudios de campo Ex post facto son investigaciones no experimentales, dirigidas a descubrir las relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas, en estructuras sociales reales (escuelas, comunidades, fabricas e instituciones) es confirmatorio por que se busca, de manera sistemática, probar (afirmar o desechar) hipótesis en un marco teórico previo (Pick y López, 1995).

#### **3.8.2 TIPO DE DISEÑO**

Es un diseño de dos muestras independientes tomadas de diferentes poblaciones (Pick y López, 1995), un grupo de pacientes con neurodermatitis y un grupo de estudiantes universitarios mexicanos cuyos resultados seran comparados.

### **3.9 ANÁLISIS DE DATOS**

Se utilizó el programa estadístico SPSS/PC (Nie y Jenkins, 1985), para obtener medidas de tendencia central como: frecuencias, medias, desviaciones estándar, y porcentajes para obtener un perfil de la muestra, para su interpretación clínica. Además se llevó a cabo un análisis estadístico a través de la prueba t de Student que es una prueba para obtener la significancia y permite obtener diferencias entre las medias, en este caso de dos grupos independientes.

## **CAPÍTULO IV**

### **DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS**

Para el análisis de los resultados, de la presente investigación, se obtuvieron como primer paso medidas de tendencia central como: frecuencias y porcentajes, para conocer como se distribuían las variables atributivas como: sexo, edad, estado civil y escolaridad, a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales SPSS/PC (Nie y Jenkins, 1985).

En la tabla 4.1 se observa la distribución de la frecuencia y porcentaje para la variable sexo y edad.

<b>Tabla 4.1</b>			
<b>Distribución de Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Neurodermatitis</b>			
<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>EDAD PROMEDIO</b>
<b>Masculino</b>	11	25 %	26 años
<b>Femenino</b>	33	75 %	28 años
<b>Total</b>	44	100 %	

Como se puede observar en la tabla 4.1 el porcentaje más alto corresponde al sexo femenino que equivale al 75% de la población total de 44 sujetos que constituyeron la muestra, esto debido a la mayor incidencia del padecimiento en el sexo femenino. Para la edad el promedio más alto se observa en el grupo de las mujeres, correspondiendo a 28 años de edad mientras que para los hombres el promedio de edad más alto corresponde a 26 años.

En la tabla 4.2 se reportan los datos obtenidos para la variable estado civil, para lo cual, se solicitó a los sujetos que identificaran si eran solteros, casados, si vivían en unión libre o separados. Obteniendo los siguientes datos.

**Tabla 4.2**  
**Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Neurodermatitis por Estado Civil**

ESTADO CIVIL	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
-Solteros	8	72.7	16	48.5
-Casados	1	9.1	13	39.3
-U. Libre	2	18.2	3	9.1
-Separados			1	3.1
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

En la tabla 4.2 se observa que en la muestra de pacientes con neurodermatitis, hombres, el porcentaje más alto fué para los solteros (72.7%), en segundo lugar se presentó unión libre (18.2%), el tercer lugar fue para los casados (9.1%); de la misma manera para las mujeres el primer lugar correspondió a las solteras (48.5%), el segundo lugar fue para las casadas (39.3%), el tercer lugar para la unión libre (9.1%) y por último apareció reportado, solamente en las mujeres, el estado civil separadas (3.15 %).

Para la tabla 4.3 se presentan las frecuencias y porcentajes de la variable escolaridad, identificando cinco niveles de escolaridad, siendo estos: primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura y posgrado.

**Tabla 4.3**  
**Frecuencias y Porcentajes de la Muestra por Escolaridad**

ESCOLARIDAD	HOMBRES		MUJERES	
	FREC.	%	FREC.	%
-Primaria			6	18.2
-Secundaria	3	27.3	8	24.2
-Bachillerato	3	27.3	5	15.2
-Licenciatura	5	45.4	13	39.4
-Posgrado			1	3.0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

En la tabla 4.3 se observa que en la distribución y la frecuencia de la variable escolaridad, el porcentaje mayor fue para el nivel de licenciatura, en los hombres (45.4%) con un porcentaje similar se presentó el nivel de secundaria y de bachillerato (27.3%), el nivel de primaria no es reportado para los hombres; de la misma manera para las mujeres el

primer lugar lo ocupó la licenciatura (39.4%) mientras que el segundo lugar lo ocupa el nivel de secundaria con un 24.2%, y en tercer lugar el nivel primaria con un 18.2%, el bachillerato con un 15.2% y por último el posgrado con 3.0%.

Como segundo análisis estadístico se obtuvieron medidas de tendencia central como: medias y desviaciones estándar para cada una de las escalas del MMPI-2 (clínicas y de validez, de contenido y suplementarias), para posteriormente convertir los datos en puntajes T Uniformes y obtener el perfil de personalidad, para hombres y para mujeres, de los pacientes con neurodermatitis.

En la tabla 4.4 se observa las medias y desviaciones estándar obtenidas para el grupo de pacientes con neurodermatitis, hombres y mujeres en las escalas básicas del MMPI-2.

Tabla 4.4				
Medias y Desviaciones Estándar para un grupo de Pacientes con Neurodermatitis.				
Escala Básica del MMPI-2				
ESCALA S	HOMBRES (N=11)		MUJERES (N=33)	
	MEDIA	D. E.	MEDIA	D. E.
L	4.8	2.5	4.5	2.4
F	10.2	4.8	8.0	6.0
K	11.4	4.2	14.0	5.1
Hs	15.9	3.6	17.7	4.9
D	21.5	4.3	25.0	5.2
Hi	20.5	5.7	24.0	5.0
Dp	23.6	4.1	24.8	4.7
Mf	25.9	5.1	30.0	3.6
Pa	11.0	2.5	11.4	3.9
Pt	30.0	4.2	31.1	5.7
Es	32.6	7.0	32.5	7.8
Ma	22.7	5.1	20.6	3.7
Is	28.9	8.6	31.5	10.0

En la tabla 4.4 se presentan las medias y desviaciones estándar de la muestra de pacientes con neurodermatitis hombres y mujeres, para cada una de las escalas básicas clínicas y de validez del MMPI-2, para posteriormente convertir estos datos en puntajes T Uniformes y obtener el perfil de personalidad, para hombres y para mujeres, de los pacientes con neurodermatitis (Figura 1 y 2).

En la tabla 4.5 se presentan las medias y desviaciones estándar obtenidas para las escalas de contenido del MMPI-2, en el grupo de pacientes con neurodermatitis hombres y mujeres.

**Tabla 4.5**  
**Medias y Desviaciones Estándar para un Grupo de Pacientes con Neurodermatitis.**  
**Escalas de Contenido del MMPI-2**

ESCALA S	HOMBRES (N=11)		MUJERES (N=33)	
	MEDIA	D. E	MEDIA	D.E
ANS	11.1	3.2	10.3	5.0
MIE	6.1	4.1	9.3	4.5
OBS	8.0	3.7	6.2	3.5
DEP	9.0	3.8	10.7	6.4
SAL	10.3	4.2	11.0	5.6
DEL	5.5	3.9	3.6	3.7
ENJ	8.4	4.1	7.1	4.0
CIN	14.8	4.5	12.7	4.5
PAS	12.7	4.2	9.2	2.8
PTA	11.3	2.6	8.9	3.5
BAE	6.0	3.1	7.2	4.8
ISO	9.1	5.4	8.0	4.8
FAM	8.5	3.1	7.5	4.5
DTR	10.6	5.1	10.3	6.5
RTR	7.6	4.6	7.6	5.0

En la tabla 4.5 se presentan las medias y desviaciones estándar obtenidas para los pacientes con neurodermatitis hombres y mujeres para cada una de las escalas de contenido del MMPI-2, para posteriormente convertir los datos en puntajes T Uniformes y obtener el perfil de personalidad, para hombres y para mujeres, de los pacientes con neurodermatitis (Figura 3 y 4).

En la tabla 4.6 se presentan las medias y desviaciones estándar para el grupo de pacientes con neurodermatitis, hombres y mujeres en las escalas Suplementarias del MMPI-2.

**Tabla 4.6**  
**Medias y Desviaciones Estándar para un grupo de Pacientes con Neurodermatitis.**  
**Escalas Suplementarias del MMPI-2**

ESCALA S	HOMBRES (N=11)		MUJERES (N=33)	
	MEDIA	D. E	MEDIA	D.E
A	17.0	7.1	15.3	8.9
R	12.5	4.1	19.2	4.0
Fyo	33.1	4.1	32.4	5.5
A-Mac	24.0	4.2	20.3	4.0
Hr	12.8	1.6	15.1	3.8
Do	13.7	1.7	13.6	3.6
Rs	17.8	4.6	20.4	3.3
Dpr	18.4	4.7	17.9	7.6
GM	34.0	5.7	27.5	6.1
GF	25.8	4.8	34.0	3.9
EPK	14.8	6.0	13.3	8.6
EPS	21.1	8.8	18.4	10.5

En la tabla 4.6 se observan las medias y desviaciones estándar de la muestra de pacientes con neurodermatitis hombres y de las mujeres para cada una de las escalas suplementarias del MMPI-2, para posteriormente convertir estos datos en puntajes T Uniformes y obtener el perfil de personalidad, para hombres y para mujeres, de los pacientes con neurodermatitis (Figura 5 y 6).

Como tercer análisis estadístico se llevo a cabo la prueba t de Student para obtener la diferencia entre las medias del grupo de pacientes con neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos Lucio y Reyes (1992) y de esta manera dar respuesta a las hipótesis planteadas en la presente investigación, para lo cual se consideró un nivel de significancia de .01.

A continuación se presentan los cuadros comparativos de ambas muestras, por grupos de escalas clínicas, de contenido y suplementarias; encontrándose los siguientes resultados.

Para el grupo de escalas básicas y de validez se observa en las tablas 4.7, para los hombres, y 4.8, para las mujeres, el nivel de significancia obtenido para el grupo de pacientes

con neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos (Lucio y Reyes, 1992).

**TABLA 4.7**  
**Prueba t Para un Grupo de Pacientes con Neurodermatitis y un Grupo de**  
**Estudiantes Universitarios Mexicanos.**  
**Escalas Básicas del MMPI-2.**  
**Hombres**

ESCALA	PACIENTES (N=11)		ESTUDIANTES (N=813) (Lucio y Reyes, 1992)		t	P
	MEDIA	D.S	MEDIA	D.E		
S						
L	4.8	2.5	5.2	2.6	-.51	
F	10.2	4.8	5.7	3.4	4.33	.01
K	11.4	4.2	16.0	4.4	-3.45	.01
Hs	15.9	3.6	14.1	3.8	1.56	
D	21.5	4.3	20.1	4.7	.98	
Hi	20.5	5.7	21.1	4.9	-.40	
Dp	23.6	4.1	23.4	4.3	.15	
Mf	25.9	5.1	24.1	4.1	1.44	
Pa	11.0	2.5	9.2	2.0	1.98	
Pt	30.0	4.2	27.9	5.0	1.39	
Es	32.6	7.0	29.5	5.9	1.73	
Ma	22.7	5.1	21.8	4.0	.74	
Is	28.9	8.6	25.6	7.6	1.43	

En la tabla 4.7 al comparar los puntajes de la media de la muestra de pacientes con los puntajes de la media de los estudiantes universitarios mexicanos se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas F( $t=4.33 > P.01$ ) y K( $t=-3.45 > P=.01$ ), en ambos casos el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla, el cual corresponde a 2.576 (Figura 7).

Para el grupo de mujeres en las escalas básicas y de validez se observa en la tabla 4.8 el nivel de significancia obtenido para el grupo de pacientes con neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarias mexicanas (Lucio y Reyes, 1992).

**Tabla 4.8**  
**Prueba t para un Grupo de Pacientes con Neurodermatitis**  
**y un Grupo de Estudiantes Universitarias Mexicanas.**  
**Escalas Básicas del MMPI-2.**  
**Mujeres**

ESCALA	PACIENTES (N=33)		ESTUDIANTES (N=1107) (Lucio y Reyes, 1992)		T	P
	MEDIA	D. E.	MEDIA	D. E.		
L	4.5	2.4	5.1	2.2	-1.54	
F	8.0	6.0	4.9	3.1	5.45	.01
K	14.0	5.1	15.5	4.3	-1.96	
Hs	17.7	4.9	15.2	4.1	3.43	.01
D	25.0	5.2	22.4	4.9	3.00	.01
Hi	24.0	5.0	21.9	4.9	2.42	
Dp	24.8	4.7	22.5	4.2	3.09	.01
Mf	30.0	3.6	30.3	3.7	- .46	
Pa	11.4	3.9	9.6	3.1	3.26	.01
Pt	31.1	5.7	28.6	5.0	2.82	.01
Es	32.5	7.8	26.8	5.9	5.41	.01
Ma	20.6	3.7	21.11	3.7	- .78	
Is	31.5	10.0	27.4	8.1	2.84	.01

En la tabla 4.8 al comparar los puntajes de la media de la muestra de pacientes con los puntajes de la media de las estudiantes universitarias mexicanas se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas F( $t= 5.45 > P=.01$ ), Hs( $t= 3.43 > P=.01$ ), D( $t= 3.00 > P=.01$ ), Dp( $t= 3.09 > P=.01$ ), Pa( $t= 3.26 > P=.01$ ), Pt( $t= 2.82 > P=.01$ ), Es( $t=5.41 > P=.01$ ) e Is( $t=2.84 > P=.01$ ) para todos los casos el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla (Figura 8).

Para el grupo de escalas de contenido se observa en las tablas 4.9, para los hombres, y 4.10, para las mujeres, el nivel de significancia obtenido para el grupo de pacientes con neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos (Lucio y Reyes, 1992).

**TABLA 4.9**  
**Prueba t para un Grupo de Pacientes con Neurodermatitis y un Grupo de**  
**Estudiantes Universitarios Mexicanos.**  
**Escalas de Contenido del MMPI-2.**  
**Hombres**

ESCALAS	PACIENTES (N=11)		ESTUDIANTES (N=813) (Lucio y Reyes, 1992)		T	P
	MEDIA	D. E	MEDIA	D.E		
ANS	11.1	3.2	6.35	4.29	3.36	.01
MIE	6.1	4.1	4.92	3.38	1.15	
OBS	8.0	3.7	4.83	3.04	3.42	.01
DEP	9.0	3.8	5.85	4.25	2.45	
SAL	10.3	4.2	5.97	3.82	3.73	.01
DEL	5.5	3.9	2.67	2.37	3.89	.01
ENJ	8.4	4.1	5.56	3.14	2.97	.01
CIN	14.8	4.5	11.32	4.88	2.35	
PAS	12.7	4.2	10.23	3.77	2.15	
PTA	11.3	2.6	8.84	3.67	2.22	
BAE	6.0	3.1	4.35	3.36	1.62	
ISO	9.1	5.4	7.40	4.32	1.29	
FAM	8.5	3.1	5.63	3.95	2.40	
DTR	10.6	5.1	6.68	4.70	2.74	.01
RTR	7.6	4.6	4.31	3.24	3.32	.01

En la tabla 4.9 al comparar los puntajes de la media de la muestra de pacientes con los puntajes de la media de los estudiantes universitarios mexicanos se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas ANS ( $t=3.66 > P=.01$ ), OBS( $t=3.42 > P=.01$ ), SAL( $t=3.73 > P=.01$ ), DEL ( $t=3.89 > P=.01$ ), ENJ( $t=2.97 > P=.01$ ), DTR( $t=2.74 > P=.01$ ) y RTR( $t=3.32 > P=.01$ ); para todos los casos el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla (Figura 9).

Para el grupo de mujeres en las escalas de contenido se observa en la tabla 4.10 el nivel de significancia obtenido para el grupo de pacientes con neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarias mexicanas (Lucio y Reyes, 1992).

**Tabla 4.10**  
**Prueba t para un Grupo de Pacientes con Neurodermatitis y**  
**un Grupo de Estudiantes Universitarias Mexicanas**  
**Escalas de Contenido del MMPI-2.**  
**Mujeres**

ESCALA	PACIENTES (N=33)		ESTUDIANTES (N=1107) (Lucio-Reyes,1992)		T	P
	MEDIA	D.E	MEDIA	D. E.		
ANS	10.3	5.0	7.15	4.23	4.19	.01
MIE	9.3	4.5	7.58	4.01	2.42	
OBS	6.2	3.5	5.27	2.94	1.78	
DEP	10.7	6.4	6.84	4.55	4.74	.01
SAL	11.0	5.6	6.66	3.99	6.07	.01
DEL	3.6	3.7	2.42	2.32	2.82	.01
ENJ	7.1	4.0	5.59	2.96	2.85	.01
CIN	12.7	4.5	10.79	4.47	2.42	
PAS	9.2	2.8	8.68	3.10	.95	
PTA	8.9	3.5	9.10	3.26	-.35	
BAE	7.2	4.8	4.81	3.71	3.61	.01
ISO	8.0	4.8	7.35	4.16	.88	
FAM	7.5	4.5	6.14	4.08	1.88	
DTR	10.3	6.5	7.83	4.98	2.78	.01
RTR	7.6	5.0	4.65	3.48	4.73	.01

En la tabla 4.10 al comparar los puntajes de la media de la muestra de pacientes con los puntajes de la media de las estudiantes universitarias mexicanas se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas ANS( $t=4.19 > P=.01$ ), DEP( $t=4.74 > P=.01$ ), SAL( $t=6.07 > P=.01$ ), DEL( $t=2.82 > P=.01$ ), ENJ( $t=2.85 > P=.01$ ), BAE( $t=3.61 > P=.01$ ), DTR( $t=2.78 > P=.01$ ) y RTR( $t= 4.73 > P=.01$ ); para todos los casos el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla (Figura 10).

Para el grupo de escalas suplementarias se observa en las tablas 4.11, para los hombres, y 4.12, para las mujeres, el nivel de significancia obtenido para el grupo de pacientes con neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos (Lucio y Reyes, 1992).

**TABLA 4.11**  
**Prueba t para un Grupo de Pacientes con Neurodermatitis y un Grupo de**  
**Estudiantes Universitarios Mexicanos.**  
**Escalas Suplementarias del MMPI-2.**  
**Hombres**

ESCALAS	PACIENTES (N=11)		ESTUDIANTES (N=813) (Lucio y Reyes, 1992)		T	P
	MEDIA	D. E	MEDIA	D.E		
A	17.0	7.1	10.6	7.3	2.89	.01
R	12.5	4.1	17.2	4.4	-3.52	.01
Fyo	33.1	4.1	37.2	4.4	-3.07	.01
A-Mac	24.0	4.2	21.0	3.5	2.82	.01
Hr	12.8	1.6	14.2	3.0	-1.54	
Do	13.7	1.7	16.5	2.7	-3.43	.01
Rs	17.8	4.6	20.0	3.6	-2.0	
Dpr	18.4	4.7	13.4	6.2	2.66	.01
GM	34.0	5.7	36.7	4.5	-1.97	
GF	25.8	4.8	27.3	4.1	-1.20	
EPK	14.8	6.0	8.8	6.2	3.19	.01
EPS	21.1	8.8	12.1	8.4	3.53	.01

En la tabla 4.11 al comparar los puntajes de la media de la muestra de pacientes con los puntajes de la media de los estudiantes universitarios mexicanos se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas A( $t=2.89 > P=.01$ ), R( $t=-3.52 > P=.01$ ), Fyo( $t=-3.07 > P=0.01$ ), A-Mac( $t=2.82 > P=.01$ ), Do( $t=-3.43 > P=.01$ ), Dpr ( $t=2.66 > P=.01$ ), EPK( $t=3.19 > P=.01$ ) y EPS( $t=3.53 > P=.01$ ); para todos los casos el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla (Figura 11).

Para el grupo de mujeres en las escalas suplementarias se observa en la tabla 4.12 el nivel de significancia obtenido para el grupo de pacientes con neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos (Lucio y Reyes, 1992).

**TABLA 4.12**  
**Prueba t para un Grupo de Pacientes con Neurodermatitis**  
**y un Grupo de Estudiantes Universitarias Mexicanas.**  
**Escalas Suplementarias del MMPI-2.**  
**Mujeres**

ESCALA	PACIENTES (N=33)		ESTUDIANTES (N=1107) (Lucio-Reyes, 1992)		T	P
	MEDIA	D.E	MEDIA	D. E		
A	15.3	8.9	10.6	7.3	3.62	.01
R	19.2	4.0	17.2	4.4	2.58	.01
Fyo	32.4	5.5	37.2	4.4	-6.13	.01
A-Mac	20.3	4.0	21.0	3.5	-1.13	
Hr	15.1	3.8	14.2	3.0	1.68	
Do	13.6	3.6	16.5	2.7	-6.01	.01
Rs	20.4	3.3	20.0	3.6	.63	
Dpr	17.9	7.6	13.4	6.2	4.08	.01
GM	27.5	6.1	36.7	4.5	-11.44	.01
GF	34.0	3.9	27.3	4.1	9.26	.01
EPK	13.3	8.6	8.8	6.2	4.05	.01
EPS	18.4	10.5	12.1	8.4	4.21	.01

En la tabla 4.12 al comparar los puntajes de la media de la muestra de pacientes con los puntajes de la media de las estudiantes universitarias mexicanas se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas A( $t=3.62 > P=.01$ ), R( $t=2.58 > P=.01$ ), Fyo( $t=-6.13 > P=.01$ ), Do( $t=-6.01 > P=.01$ ), Dpr( $t=4.08 > P=.01$ ), GM( $t=-11.44 > P=.01$ ), GF( $t=9.26 > P=.01$ ) EPK( $t= 4.05 > P=.01$ ) y EPS( $t=4.21 > P=.01$ ); para todos los casos el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla (Figura 12).

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio y de acuerdo a la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de estudiantes universitarios mexicanos y el grupo de pacientes con neurodermatitis?, se plantearon tres hipótesis de investigación, siendo la primera:

D)H. ALTERNA 1: Existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas básicas de validez y clínicas: F, 1(Hs), 2(D), 3(Hi) y 7(Pt) del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

H. NULA 1: No existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas básicas de validez y clínicas: F, 1(Hs), 2(D), 3(Hi) y 7(Pt) del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

Se acepta la hipótesis alterna ya que se encontró que si existen diferencias estadísticamente significativas al nivel del .01 en las escalas básicas de validez y clínicas del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos. Encontrándose estas diferencias en las escalas:

Para el caso de los hombres se encontró que si existen diferencias estadísticamente significativas al nivel del .01 en las escalas:

*F, esta diferencia en los puntajes de ambos grupos es clínicamente significativa e indica que existe un reconocimiento exagerado de problemática emocional, vivida en ese momento en los pacientes con neurodermatitis, lo cual no es reportado por la muestra de estudiantes universitarios mexicanos.*

Y en la escala K, también se encuentran diferencia estadística y clínicamente significativa entre ambas muestras, lo cual, esta relacionado con la manera en que los pacientes se perciben como incapaces y limitados en recursos para enfrentar los problemas que se les presenten cotidianamente; lo contrario sucede con los estudiantes, quienes reconocen tener mayores recursos personales para resolver situaciones cotidianas y funcionar emocionalmente bien.

Butcher, (1992) menciona que esta escala correlaciona con la escala Fyo, ya que ambas escalas exploran la forma en que el sujeto enfrenta sus problemas y los recursos con los que cuenta (cita en Ampudia, 1994).

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

En el caso de las tres escalas básicas siguientes se no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, sin embargo en puntajes T uniformes si hay diferencias clínicas importantes :

*Pa*, esta escala hace referencia a las actitudes manifestadas por los pacientes, los cuales se relacionan con desconfianza, hipersensibilidad interpersonal marcada, inseguridad y tendencia a mal interpretar los estímulos externos de manera inadecuada, lo cual origina que sean personas introvertidas que prefieren estar solos.

*Pt*, la diferencia clínica encontrada entre ambos grupos se relacionan con las características de personalidad mayormente reportadas por los pacientes, los cuales corresponden a tendencias obsesivo-compulsivas, manifestadas por angustia, cuando se enfrentan a las situaciones lo hacen con inseguridad, desconfianza en sí mismos, con un panorama del mundo generalmente amenazador, hostil y angustioso, caracterizándolos sentimientos de culpa constante, existe un exceso de tensión en estas personas, estados de ansiedad y angustia. Son personas con poca tolerancia hacia sus propias fallas, buscan patrones de conducta preestructurados y delimitación precisa de las situaciones a las que se tienen que enfrentar, son meticulosos con tendencia al perfeccionismo.

Campos (1964), encontró en este tipo de pacientes rasgos obsesivos y agresividad autodirigida.

*Es*, la diferencia clínica encontrada en esta escala es considerada como la tendencia al aislamiento, a la fantasía y susceptibilidad marcada, que manifiestan los pacientes, en comparación a los estudiantes universitarios mexicanos que no reportan tales características. Esta escala esta influida por factores culturales que tienden a elevarla, sin embargo, para el MMPI-2 la elevación es menor, Lucio y Reyes, (1992).

Para el caso de las mujeres, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al nivel del .01 en las escalas:

*F*, además de la diferencia estadísticamente significativa existe una diferencia clínicamente importante a nivel de puntajes T uniformes, lo cual indicaría que existe un reconocimiento exagerado de problemática emocional, vivida en ese momento en las pacientes con neurodermatitis, lo cual no es reportado por la muestra normativa de estudiantes universitarias mexicanas.

*Hs*, la diferencia tanto estadística como clínica encontrada entre las medias de ambas muestras respecto a esta escala se puede interpretar como la manifestación de una preocupación excesiva por su salud física, que reportan las pacientes y que en cierta medida

está justificada por los síntomas físicos que manifiestan y que se encuentran relacionados con una tendencia a centrarse en sí mismas y que se manifiestan mediante la preocupación excesiva por su salud, que no les permite mirar más allá de lo que ocurre fuera de ellas. Son individuos demandantes que expresan su hostilidad de manera indirecta, incapaces de expresar abiertamente sus sentimientos o sus emociones. Pueden tener actitudes derrotistas y pesimistas cuando algo no les funciona bien.

Respecto a esto Ruesch (1944); Marty y M'uzan (1963) consideran que en estos pacientes hay una dificultad para expresar verbalmente los sentimientos y emociones la habilidad para expresar las emociones es considerada psíquicamente bloqueada, así la emoción es canalizada en síntomas somáticos.

Ahmar y Kurban (1976, en Santamaria, 1978) realizaron un estudio con el MMPI. Los resultados revelan que el perfil psicológico de los pacientes se caracterizó por tener ansiedad manifiesta, neurosis e hipocondría. Para Stoudemire (1992) la función del lenguaje somático es buscar ayuda.

*D*, la diferencia encontrada en esta escala clínicamente es importante y se podría interpretar como un estado de pesimismo, desesperanza, reportado mayormente por las pacientes, además de que suelen tener baja autoestima y ser muy autocríticas, indecisas, excesivamente responsables y con tendencia a sentirse culpables de lo que ocurre a su alrededor, pues se sienten inútiles e incapaces de funcionar adecuadamente. Generalmente se perciben tensas y fatigadas, no se involucran emocionalmente con demasiadas personas, más bien son reservadas y aisladas. Esta escala está influida por factores culturales que tienden a elevarla, sin embargo, para el MMPI-2 la elevación es menor, Lucio y Reyes, (1992); no obstante existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambas muestras. Campos (1964), Quintana (1984), Lipowski (1990), y Stoudemire (1991), reportan que existe una relación entre los síntomas somáticos y los sentimientos de ansiedad y depresión. Brown (1967) encontró en una revisión de estudios psicológicos sobre pacientes con neurodermatitis atópica alta incidencia de síntomas depresivos.

*Dp*, los datos reportados, indican una elevación ligeramente mayor en esta escala para las pacientes, en comparación con el grupo de estudiantes universitarias mexicanas, lo cual clínicamente es importante y se puede interpretar, como la dificultad de las pacientes para controlar sus emociones, pues ante ellas dan respuestas inadecuadas, no aceptan los estándares sociales, dirigiendo su interés en lo que le pasa, lo cual nos indica sino actitudes abiertamente oposicionistas si desinteresadas del mundo exterior que podrían estar relacionadas con la expresión encubierta de hostilidad y enojo, dirigidos al exterior.

*Pa*, esta escala hace referencia a las actitudes manifestadas por las pacientes, las cuales se relacionan con desconfianza, hipersensibilidad interpersonal marcada, inseguridad y tendencia a mal interpretar los estímulos externos de manera inadecuada, lo cual origina que sean personas introvertidas que prefieren estar solas.

*Pr*, las diferencias encontradas tanto estadísticas como clínicas entre ambos grupos se relacionan con las características de personalidad mayormente reportadas por las pacientes, las cuales corresponden a tendencias obsesivo-compulsivas, manifestadas por angustia, cuando se enfrentan a las situaciones lo hacen con inseguridad, desconfianza en sí mismas, con un panorama del mundo generalmente amenazador, hostil y angustioso, caracterizándolas sentimientos de culpa constante, existe un exceso de tensión en estas personas, estados de ansiedad y angustia. Son personas con poca tolerancia hacia sus propias fallas, buscan patrones de conducta preestructurados y delimitación precisa de las situaciones a las que se tienen que enfrentar, son meticulosos con tendencia al perfeccionismo.

Campos (1964), encontró en este tipo de pacientes rasgos obsesivos y agresividad autodirigida.

*Es*, la diferencia encontrada en esta escala es considerada clínicamente importante y se interpreta como la tendencia al aislamiento, a la fantasía y susceptibilidad marcada, que manifiestan las pacientes, en comparación a las estudiantes universitarias mexicanas que no reportan tales características. Esta escala está influida por factores culturales que tienden a elevarla, sin embargo, para el MMPI-2 la elevación es menor, Lucio y Reyes, (1992); no obstante existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambas muestras.

*Is*, la diferencia encontrada en esta escala se refiere a que las pacientes manifiestan tener mayor tendencia a la introversión, al retraimiento, así como a reflexionar acerca de sí mismas, que las estudiantes universitarias mexicanas. Pueden ser personas aisladas a las cuales les cuesta mucho trabajo relacionarse interpersonalmente pero cuando logran establecer una relación lo hacen de manera profunda. Son demasiado sensibles a lo que otros piensan a cerca de ellas.

II) Para la segunda hipótesis planteada H. ALTERNA 2: Existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas de contenido: ANS, MIE, OBS, DEP, SAL y BAE del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

H. NULA 2: No existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas de contenido: ANS, MIE, OBS, DEP, SAL y BAE del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

Se acepta la hipótesis alterna 2, ya que se encontró que si existen diferencias estadísticamente significativas al nivel del .01 y clínicamente importantes en las escalas de contenido del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos. Encontrándose estas diferencias en las escalas, para el caso de los hombres:

*ANS*, la diferencia encontrada, esta relacionada con lo que reportan los pacientes, de acuerdo a Lucio y Ampudia (1995), reportan tener consciencia de los problemas y experimentar internamente mucha ansiedad y tensión e incluso manifestarlo en problemas somáticos, lo cual no reportan los estudiantes.

Al respecto Stoudemire (1991) menciona que los pacientes que somatizan manifiestan tener mucha ansiedad; Quintana (1984) en su estudio con pacientes con dermatitis atópica encuentra una neurosis depresiva con elementos de ansiedad.

*OBS*, la diferencia encontrada corresponde a una dificultad para tomar decisiones y la tendencia a pensar demasiado a cerca de los problemas sin lograr darles solución a los mismos, pues éstos les provocan mucha tensión y preocupación excesiva que puede manifestarse por conductas compulsivas, características de los pacientes, lo cual no es reportado por los estudiantes.

Lo anterior corresponde a lo que Campos (1964) encuentra como rasgos sobresalientes de los pacientes con neurodermatitis, siendo características de obsesividad y agresividad autodirigida.

*SAL*, la diferencia encontrada en esta escala, se esperaba por ser un grupo de personas con síntomas físicos (neurodermatitis) que se preocupan por su salud y se sienten más enfermos que los estudiantes universitarios mexicanos.

Esta característica se relaciona con lo que Ahmar y Kurban (1976, en Santamaria, 1978) reportaron en su estudio, con el MMPI, en donde los resultados indicaron que los pacientes con neurodermatitis tenían elevada la Hs, lo cual se relaciona con preocupaciones por la salud.

*DEL*, la diferencia encontrada se puede interpretar como presencia de ideas paranoides en estos pacientes, en relación a que perciben al medio ambiente como hostil, el

cual, les provoca mucha ansiedad y tensión, características que no son reportadas por los estudiantes universitarios mexicanos.

**ENJ**, la diferencia en esta escala, sugiere que estos pacientes son personas que experimentan enojo pero no lo pueden dirigir hacia afuera.

**DTR**, los pacientes manifiestan obsesividad, indecisión y tensión, lo cual, les propicia problemas con otras personas y con el propio desempeño laboral, lo cual no es igualmente reportado por los estudiantes universitarios mexicanos.

**RTR**, la diferencia encontrada podría deberse a que los pacientes son personas que no obstante, reconocen que tienen problemas o dificultades, prefieren guardárselos antes que discutirlo con alguien por creer que no hay solución a su problemática. Esta actitud no es manifestada por los estudiantes universitarios mexicanos.

Para el caso de las mujeres las diferencias estadísticamente significativas al nivel del .01 se presentaron en las escalas:

**ANS**, la diferencia encontrada, esta relacionada con lo que reportan los pacientes, de acuerdo a Lucio y Ampudia (1995), reportan tener consciencia de los problemas y experimentar internamente mucha ansiedad y tensión e incluso manifestarlo en problemas somáticos, lo cual no reportan las estudiantes.

Al respecto Quintana (1984) reporta una neurosis depresiva con elementos de ansiedad en este tipo de pacientes, al igual que Stoudemire (1991).

**DEP**, las diferencias encontradas entre ambos grupos se relacionan con características reportadas por las pacientes, las cuales se refieren a tener pensamientos depresivos, sentimientos de tristeza, intranquilidad incertidumbre sobre el futuro, y desinterés en la vida.

Consideran que sus problemas no tienen solución y se los guardan para sí mismas, por lo que no ven en otras personas fuentes de apoyo. Esto corrobora lo encontrado en la escala D.

**SAL**, la diferencia encontrada en esta escala, se esperaba por ser un grupo de personas con síntomas físicos (neurodermatitis) que se preocupan por su salud y se sienten más enfermas que las estudiantes universitarias mexicanas.

**DEL**, la diferencia encontrada se puede interpretar como presencia de ideas paranoides en estas pacientes, en relación a que perciben al medio ambiente como hostil, el

cual, les provoca mucha ansiedad y tensión, características que no son reportadas por las estudiantes universitarias mexicanas.

*ENJ*, la diferencia reportada en esta escala, sugiere que estas pacientes son personas que experimentan enojo pero no lo pueden dirigir hacia afuera.

*BAE*, las diferencias encontradas se refieren a que las pacientes reportan tener una pobre opinión de sí mismas. No creen que les simpatizan a otros o que son importantes, pueden mantener muchas actitudes negativas acerca de sí mismas, incluyendo pensamientos como de que ellas no son atractivas, que son torpes e inútiles, además de ser una carga para otros. Evidentemente carecen de autoconfianza y encuentran difícil aceptar elogios. Pueden sentirse abrumadas por todas las fallas que ven en sí mismas.

*DTR*, las pacientes manifiestan obsesividad, indecisión y tensión, lo cual, les propicia problemas con otras personas y con el propio desempeño laboral, lo cual no es igualmente reportado por las estudiantes universitarias mexicanas.

*RTR*, la diferencia encontrada podría deberse a que las pacientes son personas que no obstante, reconocer que tienen problemas o dificultades, prefieren guardárselos antes que discutirlo con alguien por creer que no hay solución a su problemática. Esta actitud no es manifestada por las estudiantes universitarias mexicanas.

III) Respecto a la tercera hipótesis planteada H. ALTERNA 3: Existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas suplementarias: A, R, Fyo y Hr del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

H. NULA 3: No existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas suplementarias: A, R, Fyo y Hr del MMPI-2, entre los pacientes con Dx de neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

Se acepta la hipótesis alterna 3, pues se encontraron diferencias estadísticamente significativas al nivel del .01 y clínicamente importantes en las escalas suplementarias del MMPI-2 entre el grupo de pacientes con neurodermatitis y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

Las diferencias estadísticamente significativas se encontraron, para el caso de los hombres, en las escalas:

A, lo cual corroboró la presencia de inestabilidad emocional y ansiedad en los pacientes.

De la misma manera Ahmar y Kurban (1976, en Santamaria, 1978) realizaron un estudio, con el MMPI con pacientes con dermatitis atópica, en donde los resultados revelan que el perfil psicológico de los pacientes se caracterizó por tener ansiedad manifiesta, neurosis e hipocondría.

Al respecto De la fuente (1975) menciona que el síntoma es la expresión simbólica de un conflicto mental y otras veces, es la respuesta de un organismo a ciertos estímulos emocionales persistentes o recurrentes.

*R*, para esta escala los estudiantes manifiestan características como tendencia a ser convencionales y esforzarse por evitar disgustos o situaciones desagradables e incluso niegan la existencia de algún problema emocional lo cual sugiere que los pacientes no se adaptan fácilmente, actúan convencionalmente pero internamente les disgusta y no lo manifiestan, aunque si reconocen tener problemas emocionales.

Messick y Jackson (1961), reportan que las puntuaciones en *R* indican el grado en que los sujetos admiten tener toda clase de dificultades emocionales. La puntuación elevada es característica de personas que no desean discutir sus problemas, niegan o reprimen su existencia.

*Fyo*, los estudiantes reportan más adaptación emocional, más recursos emocionales para manejar situaciones externas, lo cual corrobora los datos de la *K*, en donde los pacientes no manifiestan tener muchos recursos para manejar situaciones externas, por el contrario los problemas les causan ansiedad que les impide dar soluciones adecuadas. Wittkower y Russell (1953) El 70% en este tipo de pacientes incapacidad para manejarse por sí mismos.

*A-Mac*, la diferencia encontrada en esta escala se encuentra asociada a la manifestación reportada por los pacientes en relación a tener problemas con la adicción en general.

*Do*, los estudiantes universitarios mexicanos reportan tener más éxito al interactuar, mayor dominio de las relaciones interpersonales, que los pacientes con neurodermatitis, ya que estos no cuentan con la habilidad para manejar las relaciones interpersonales, ni siquiera para manejarse a nivel individual, más bien tienden a la introversión y aislamiento.

Otro estudio realizado en relación a lo anterior es el de Ampudia, (1994) que observo que esta escala se eleva en estudiantes con alto rendimiento académico y puntua bajo en los estudiantes con problemas escolares.

*Dpr*, los datos reportados a través de esta escala nos indican que los pacientes con neurodermatitis experimentan fuertes sentimientos de desadaptación profesional que los conduce a la ineficiencia y a la ansiedad. Lo cual, no es reportado por los estudiantes universitarios mexicanos.

Ampudia, (1994) reporto bajos puntajes en esta escala en los estudiantes con bajo rendimiento académico.

*EPK y EPS*, las diferencias obtenidas en ambas escalas indican que los pacientes vivencian un fuerte estrés ante acontecimientos o sucesos externos negativos, que no pueden manejar y que les produce alteraciones psicofisiológicas.

Al respecto Wittkower y Russell (1953) encontraron en su estudio que los pacientes con neurodermatitis tuvieron estrés emocional antes del inicio de la dermatitis. Mientras que Marmor (1956) observó que la neurodermatitis es una enfermedad de adaptación o una reacción al estrés (en Santamaria, 1978). Por su parte Stoudemire (1991) propone que los pacientes que somatizan parecen ser incapaces de verbalizar el estrés psicológico y que la somatización es una manera de comunicar sus conflictos y estrés emocional.

Para el caso de las mujeres las diferencias se presentaron en las escalas:

*A*, lo cual corroboró la presencia de inestabilidad emocional y ansiedad en las pacientes.

De la misma manera Ahmar y Kurban (1976, en Santamaria, 1978) realizaron un estudio, con el MMPI con pacientes con dermatitis atópica, en donde los resultados revelan que el perfil psicológico de los pacientes se caracterizó por tener ansiedad manifiesta, neurosis e hipocondría.

Al respecto De la fuente (1975) menciona que el síntoma es la expresión simbólica de un conflicto mental y otras veces, es la respuesta de un organismo a ciertos estímulos emocionales persistentes o recurrentes. Wittkower y Russell (1953). El 70% en este tipo de pacientes mostraron incapacidad para manejarse por sí mismos (en Santamaria, 1978).

*R*, para esta escala las pacientes manifiestan características como tendencia a ser convencionales y esforzarse por evitar disgustos o situaciones desagradables, lo cual sugiere que los pacientes cuando actúan convencionalmente internamente experimentan disgusto y no lo manifiestan.

*Fyo*, las estudiantes reportan más adaptación emocional, más recursos emocionales para manejar situaciones externas, lo contrario sucede con las pacientes que no manifiestan

tener muchos recursos para manejar situaciones externas, por el contrario los problemas les causan ansiedad que les impide dar soluciones adecuadas.

Wittkower y Russell (1953) El 70% en este tipo de pacientes incapacidad para manejarse por sí mismos.

*Do*, las estudiantes universitarias mexicanas reportan tener más éxito al interactuar, mayor dominio de las relaciones interpersonales, que las pacientes con neurodermatitis, ya que estos no cuentan con la habilidad para manejar las relaciones interpersonales, ni siquiera para manejarse a nivel individual, más bien tienden a la introversión y aislamiento.

*Dpr*, los datos reportados a través de esta escala nos indican que las pacientes con neurodermatitis experimentan fuertes sentimientos de desadaptación profesional que las conduce a la ineficiencia y a la ansiedad. Lo cual, no es reportado por las estudiantes universitarias mexicanas.

*GM*, indica que las estudiantes universitarias mexicanas reportan características como de tener confianza en sí mismas, perseverancia y amplios intereses, carencia de temores o sentimientos referentes a sí mismos. Lo cual no es reportado por las pacientes.

*GF*, para las pacientes se encuentran características relacionadas con lo que socialmente es femenino, con características de sumisión, fragilidad y pasividad.

*EPK y EPS*, las diferencias obtenidas en ambas escalas indican que las pacientes vivencian un fuerte estrés ante acontecimientos o sucesos externos negativos, que no pueden manejar y que les produce alteraciones psicofisiológicas.

Al respecto, Stoudemire (1991) propone que los pacientes que somatizan parecen ser incapaces de verbalizar el estrés psicológico y que la somatización es una manera de comunicar sus conflictos y estrés emocional.

## CONCLUSIONES

En conclusión se puede observar que de acuerdo al primer objetivo de la investigación en el cual se planteó conocer las características de personalidad de los pacientes con neurodermatitis, a través del MMPI-2, se obtuvieron las claves del perfil y la interpretación de éstas por sexo, para conocer las características de personalidad tanto de los hombres como de las mujeres pertenecientes al grupo de pacientes con neurodermatitis.

Para el caso de los los hombres se obtuvo el siguiente código: -8/12790645:3; F L K. El cual se interpreta de la siguiente manera:

## **PERFIL MASCULINO DE SUJETOS CON NEURODERMATITIS**

Al contestar el inventario se observa que el grupo de los hombres manifiestan tener problemas ante los cuales siente que no pueden darles solución. Su respuesta al ambiente es aparentemente de buena adaptación, aunque es muy posible que esto implique un esfuerzo por parte del sujeto, ya que se observó que los hombres parece que tienden a no manifestar sus problemas y a aparecer como personas que no perciben tener ningún tipo de conflictos.

Clínicamente el perfil indica que los sujetos reconocen y quizá exageran sus síntomas, negando sus fallas. Son sujetos aislados con tendencia a la introversión ante conflictos emocionales, su forma de expresar sus problemas psicológicos es mediante la somatización. Son personas inmaduras en la forma como afrontan sus problemas y tienen sentimientos de inseguridad, culpa e indecisión que intentan controlar a través de una responsabilidad excesiva y una actitud autocrítica; experimentan sentimientos de ansiedad, depresión y sus recursos personales son pobres.

Se muestran como creativos, productivos, aunque es posible que su nivel de angustia se eleve ante las responsabilidades. Se orientan principalmente hacia el trabajo y buscan mantenerse en constante actividad para no enfrentar seguramente la sintomatología física que presentan. Son personas competitivas que se fincan muchas metas y a veces es posible que más elevadas que sus propios recursos esto les genera un alto índice de ansiedad que puede bloquearlos.

Reportan problemas de desadaptación profesional seguramente porque constantemente se siente insatisfechos consigo mismo y apesar de que obtienen logros estos pueden verse reducidos por su nivel de angustia que experimentan, además de que son poco tolerantes consigo mismos y con los demás.

Sus recursos son pobres además de que no reconocen que sus síntomas estén relacionados con problemas psicológicos y su respuesta hacia el exterior es la de experimentar un alto nivel de estrés que seguramente manejan a través de sintomatología física. En sus relaciones interpersonales son exigentes consigo mismo y con los demás, y en general se les dificulta percibir las expresiones afectivas de las personas por lo que en general prefieren mantenerse alejados de los demás.

**MMPI-2** 2ª Edición / 2ª Edición  
 Manual Multilingüe de la  
 Personalidad de Minnesota

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Referencia por: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Centro del perfil: \_\_\_\_\_  
 Nombre del perfil: \_\_\_\_\_

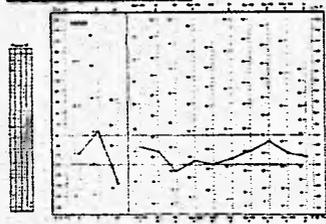


Figura 1  
 -6127406453; FLK

UNAM

**MMPI-2** 2ª Edición / 2ª Edición  
 Manual Multilingüe de la  
 Personalidad de Minnesota

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Referencia por: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Centro del perfil: \_\_\_\_\_  
 Nombre del perfil: \_\_\_\_\_

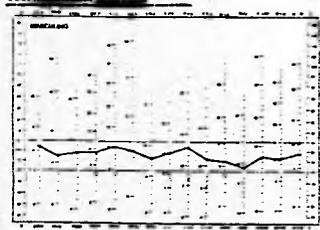


Figura 3

UNAM

PERFIL MASCULINO

06

**MMPI-2** 2ª Edición / 2ª Edición  
 Manual Multilingüe de la  
 Personalidad de Minnesota

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Referencia por: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Centro del perfil: \_\_\_\_\_  
 Nombre del perfil: \_\_\_\_\_

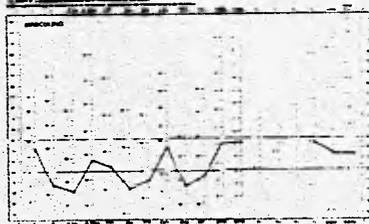


Figura 5

UNAM

Para el caso de las mujeres el código fue:

-518/2743069; -F/ L: K El cual se interpreta de la siguiente manera:

### **PERFIL FEMENINO DE SUJETOS CON NEURODERMATITIS**

En la actitud ante el inventario se observa que los sujetos reconocen tener problemas ante los cuales sienten que no pueden darles solución. Se aprecian como personas rígidas, pero que se adaptan y aceptan las normas sociales.

Las principales características de personalidad que obtiene el grupo femenino se relaciona con los estudios encontrados por Lucio, (1994) en donde el objetivo del estudio fue la obtención de normas para las estudiantes mexicanas se observó que tiende a elevarse la escala 5 en este grupo. Esto está relacionado con la idea de mostrarse como personas activas y arriesgadas, sin embargo ante estas situaciones se muestran temerosas y con altos niveles de ansiedad. Como características principales se observa que en el perfil reportan importantes desórdenes orgánicos específicos mostrándose como personas quejumbrosas, irritables que lloran fácilmente y expresando un nivel de inmadurez importante. Son personas que pueden tener excesivo interés por su salud personal especialmente en lo referente al funcionamiento corporal. Se aprecian también elementos depresivos importantes relacionados con sentimientos de melancolía, infelicidad así como insatisfacción constante consigo mismo y con los demás. Pueden ser además pesimistas y preocupadas en exceso, con alto grado de sensibilidad ante cualquier manifestación emocional.

Su interés por los demás es bajo y a pesar de que pueden ser creativas e imaginativas, no son capaces de llevar a la práctica dichas características dado que en general tienden a mostrarse inhibidas y timidas.

Se observan importantes problemas de ajuste a nivel profesional además de un sobre control de la agresión que tienden a volcar hacia sí mismos y seguramente a expresar a través de sus síntomas físicos.

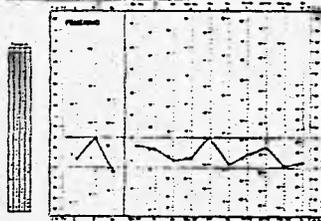
En sus relaciones interpersonales son aisladas e introvertidas con dificultades para expresar sus emociones. En general tienden a percibir su medio con un alto grado de tensión ante el cual reaccionan con mucho estrés que les impide adaptarse adecuadamente en una relación social.

Son personas que tienden a negar que pueden tener problemas psicológicos y que justifican a través de su sintomatología física. En el perfil no se aprecian incluso los recursos necesarios para el manejo de situaciones externas o un manejo eficiente de sus propios recursos. Lucio, (1995) describe que la escala fuerza del yo elevada se relaciona con

espontaneidad, buen contacto con la realidad, sentimientos de suficiencia personal y buen funcionamiento físico. Además pueden ser personas capaces de solucionar y manejar el estrés así como recuperarse de los problemas. Se observa que para este grupo no se encuentran dichas características, por el contrario son personas pesimistas que cuando las cosas no funcionan como ellas quieren, tienden a desilucionarse fácilmente, y a devaluar su trabajo incluso tienden a culparse a sí mismas por sus posibles fracasos. Esto seguramente por su incapacidad de expresar y reconocer sus problemas psicológicos.

**MMPI-2** Manual de instrucciones y de interpretación de los resultados de la Prueba de los MMPI-2

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Etnia \_\_\_\_\_  
 Estado civil \_\_\_\_\_  
 Estado de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso al hospital \_\_\_\_\_  
 Nombre del que aplicó \_\_\_\_\_



5182743063:FLK

Figura 2

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

UNAM

**MMPI-2** Manual de instrucciones y de interpretación de los resultados de la Prueba de los MMPI-2

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Etnia \_\_\_\_\_  
 Estado civil \_\_\_\_\_  
 Estado de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso al hospital \_\_\_\_\_  
 Nombre del que aplicó \_\_\_\_\_

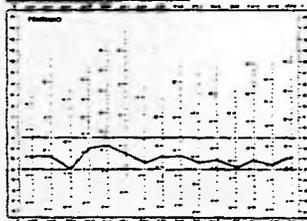


Figura 4

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

UNAM

PERFIL FEMENINO

**MMPI-2** Manual de instrucciones y de interpretación de los resultados de la Prueba de los MMPI-2

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Etnia \_\_\_\_\_  
 Estado civil \_\_\_\_\_  
 Estado de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso al hospital \_\_\_\_\_  
 Nombre del que aplicó \_\_\_\_\_

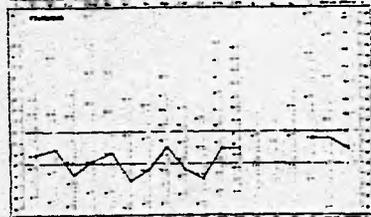


Figura C

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

UNAM

Lo anterior nos muestra un perfil completo acerca de estos pacientes, el cual, muestra características que en un estudio anterior ya se habían observado como lo es en el de Santamaria (1978) el autor trabajo con el MMPI reportando un perfil con las siguientes características de los pacientes con neurodermatitis: neurosis depresiva ansiosa, inmadurez, inseguridad, evasión de las relaciones sociales, pensamiento fantasioso y problemas con la imagen corporal.

De lo anterior se puede contestar la primera pregunta de investigación: ¿Influyen las características de personalidad en la manifestación de neurodermatitis?

Si, ya que las características de personalidad antes mencionadas propician que el individuo no exprese verbal y abiertamente sus sentimientos y emociones, los cuales indudablemente son canalizadas a través de la somatización como una respuesta del organismo ante un cúmulo de emociones. Son personas emocionalmente ansiosas pero incapaces de dirigir hacia el exterior esa ansiedad.

Características que no reportan los estudiantes universitarios mexicanos.

Macalpine (1954) menciona que los estudios de personalidad pueden indicar una asociación entre rasgos de personalidad con la enfermedad de la piel.

A través de observar los puntajes de la media, en los perfiles correspondientes a cada sexo resulta interesante encontrar que en las medias obtenidas para estos pacientes, hombres y mujeres, por escalas, existe mayor elevación al nivel de puntajes T uniformes unicamente en las escalas:

*Mf*, la mayor elevación encontrada en el perfil se puede interpretar como que la mujer se encuentra más a disgusto con su rol socialmente asignado, sin embargo Lucio, (1995) observa que esta diferencia puede deberse a problemas transculturales.

*PAS*, los hombres muestran más conductas problema y prácticas antisociales ellos creen que está bien eludir a la ley. Lo cual no manifiestan las mujeres.

*R*, para esta escala las mujeres se caracterizan por una tendencia a ser convencionales y esforzarse por evitar disgustos o situaciones desagradables, no les gusta hablar sobre sus problemas pero reconocen que los tienen; lo cual sugiere que los hombres no se adaptan fácilmente, actúan convencionalmente pero internamente les disgusta y no lo manifiestan, Lucio y Ampudia, (1995).

*GM*, indica que los hombres reportan características como tener confianza en sí mismos, perseverancia y amplios intereses, carencia de temores o sentimientos referentes a sí mismos. Lo cual no es reportado por las mujeres.

**GF**, para las mujeres se encuentran características relacionadas con lo que socialmente es femenino, con características de sumisión, fragilidad y pasividad. Aunque internamente les disgusta cumplir con este rol.

No obstante la mayor elevación presentada para algunas de las escalas entre el grupo de pacientes hombres y mujeres, se puede observar que ambos sexos comparten características de personalidad como lo es: el reconocimiento de problemas, recursos limitados para resolver sus problemas, el ser personas que tienden a la depresión, retraimiento, desconfianza, no expresan lo que sienten y lo más sobresaliente es que los problemas o situaciones cotidianas les generan gran ansiedad y angustia que tratan de manejar a través de conductas obsesivo-compulsivas, lo cual a su vez les genera problemas en sus relaciones interpersonales. Tanto la ansiedad como todas las emociones que se guardan salen a través de sus síntomas psicofisiológicos (somatización); lo cual muestra que el MMPI-2 es capaz de discriminar entre sujetos con problemas psicológicos y aquellos que no los manifiestan.

Entonces de acuerdo al objetivo de la investigación se observa que los pacientes con neurodermatitis sí comparten ciertas características de personalidad, y que las diferentes elevaciones en las escalas **Mf**, **GM** y **GF** quizá se deban a la manera en que cada sexo percibe el rol social que esta asumiendo, para el resto de las escalas no se observa elevaciones diferentes al nivel de puntajes **T** uniformes, lo cual podría significar que las características encontradas como específicas del padecimiento son válidas para hombres y para mujeres, no obstante el tamaño de la muestra, lo cual también indica que el MMPI-2 discrimina perfectamente entre un grupo de pacientes que manifiesta ciertos síntomas, por pequeño que éste sea, y otro grupo de personas normales.

Al considerar las características de personalidad de los pacientes y de los estudiantes se puede concluir que las diferencias encontradas entre ambos grupos, se deben a que las características de los pacientes son muy específicas y favorecen la manifestación de síntomas, lo cual no es reportado por la población normativa de estudiantes universitarios mexicanos, por lo que se puede decir que los datos encontrados se deben a verdaderas diferencias de personalidad entre ambos grupos, pues las respuestas de los sujetos al MMPI-2 están en relación con lo que el sujeto emocionalmente vive y la forma como expresa y actúa lo que siente y piensa, de ello surge la necesidad de otorgar a estos pacientes un tratamiento psicológico y médico, es decir, diferente al de aquellas personas que sufren una enfermedad puramente orgánica.

## **ALCANCES**

La presente investigación permite reconsiderar la idea que se tiene acerca de que los psicólogos clínicos sólo se limitan al consultorio, permaneciendo apartados y estancados, con este trabajo se muestra que es posible hacer investigación aplicada en el área clínica, pues mediante indicadores cuantitativos (calificaciones a las respuestas del MMPI-2) que evalúan las características de personalidad de cualquier población en la que se administre, se pueden obtener datos cualitativos que nos permitan saber como abordar terapéuticamente el padecimiento y conocer más profundamente al paciente, que en este caso por el tipo de síntomas que presenta acude más frecuentemente con el médico general o dermatólogo, por ello es importante que no solamente los psicólogos conozcan la relación que existe entre un determinado padecimiento y la personalidad del sujeto, sino todos aquellos profesionistas relacionados con la salud, para que se atienda al paciente de manera integral, lo cual nos habla de un primer acercamiento a este problema, que con futuras investigaciones podría sugerir un modelo de tratamiento para este tipo de pacientes, con alcances multidisciplinarios.

## **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

Las mayores dificultades con las que se enfrenta el presente trabajo es el haber especificado tanto la población, pues de ello surgen como consecuencia el tamaño tan restringido de la muestra, lo cual no permite hacer generalizaciones, pero sí puede servir de base a futuras investigaciones, en las cuales se amplíe más la muestra o quizá se trabaje con otro tipo de padecimiento psicosomático para poder contar con un grupo de comparación dentro de la misma población e incluso se puede trabajar con otras variables que puedan enriquecer más los datos obtenidos como datos sociodemográficos, estado civil, y sucesos significativos recientes vividos por el paciente.

También se podría balancear el tamaño de la muestra entre pacientes con neurodermatitis hombres y mujeres, para identificar el perfil de personalidad y poder obtener así las diferencias entre ambos sexos, debido a que en nuestra cultura es muy posible que la sintomatología física que con lleva este tipo de padecimiento se manifieste de manera diferente para los hombres que para las mujeres por el rol que cada uno de ellos deben asumir de acuerdo a su sexo.

Por último considerar que aun cuando se acepta que la escala SAU se eleva para estos pacientes, lo cual es lo esperado pues reporta niveles elevados para detectar síntomas, se debe tomar en cuenta que los criterios de salud pueden ser diferentes para México y para E.U., ya que podría haber diferencias culturales en el criterio de salud, por ello sería

conveniente hacer un estudio de los reactivos de esta escala, ya que Pérez y Farias (1995) encontró que el nivel de confiabilidad alfa es bajo para esta escala en relación a los datos obtenidos para el resto de las escalas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allport, W. G., (1942) *Personality: A Psychological Interpretation*. Ed. Holt, Rinehart and Winston New York.
- Allport, W. G., (1961) *Psicología de la Personalidad*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Allport G. W. (1974) *Psicología de la personalidad*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Allport G. W. (1977) *La Personalidad, su Configuración y desarrollo*; Editorial Herder, Barcelona.
- Ampudia, A. (1977) *La Tendencia a la somatización en un grupo de estudiantes de matemáticas*. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM.
- Ampudia, A (1994) *"El MMPI-2 y el Rendimiento Académico en un Grupo de Estudiantes Universitarios"*. Tesis de maestría UNAM.
- Anastasi, A., (1967), *Los test psicológicos*. Editorial Aguilar, México, D. F.
- Archer, R.P., Fianne H. R. y Singles J.M., (1988) "MMPI scale clinical correlates for Adolescent inpatient". *Journal of Personality Assessment* (52): 707-721
- Arenas, R. (1987) *Dermatología diagnóstico y tratamiento*. México; McGraw-Hill
- Barron, F., (1953) "An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy". *Journal of Consulting Psychology*, (17): 327-333
- Barron, F., (1956) "Ego strength and the management of aggression". *Basic Readings on the MMPI in Psychology and Medicine*. Minneapolis: University of Minnesota Press. p.p 579-585.
- Ben-Porath, Y. S., y Butcher, J.N., (1988) "Exploratory analyses of rewritten MMPI items". *Paper presented at the 23rd annual meeting on Recent Developments in the Use of the MMPI* St. Petersburg, Florida.
- Ben-Porath, Y.S. y Butcher J.N., (1991) "Psychometric stability of rewritten MMPI Items." *Journal of Personality Assessment*. 53(4): 645-653.
- Ben-Porath, Y. S., y Graham, J.R., Timbrock, R.E., & Butcher, J.N., (1991) " Code Type congruence between MMPI and MMPI-2; separated fact from artifact". *Journal of Personality Assessment* 57 (2): 216-237.
- Ben-Porath, Y.S., Hostetler, K., Butcher, J.N., y Graham, J.R., (1989) "New subscales for the MMPI-2, Social Introversion (Se) Scale". *Paper given at the Society of Personality Psychological Assessment: Meetings*. New York

- Bertherton, I, Beeghly, M. (1985) Talking about internal states: the acquisition of an explicit theory of mind. *Developmental Psychology* 18:906-921
- Brown, D. G. (1967) Emotional Disturbance in eczema: a study of symptom reporting behavior. *Journal of Psychosomatic Research* 11:27
- Butcher, J.N., (1972) Objective personality assessment: Changing perspectives. *Academic Press*. New York, E.U.A.
- Butcher, J.N., (1979) "Use of the MMPI in personnel selection" En James N. Butcher. *New developments in the use of the MMPI*. Minneapolis. University of Minnesota Press, E.U.A.
- Butcher, J.N., y Harlow, T., (1985), "Psychological assesment in personal injury cases, in A. HESS & I. WIENER (Eds), *handbook of forensic psychology*, New York: John Wiley & Sons.
- Butcher, J.N; (1989) *User's guide for the Minnesota Personnel Report*, Minneapolis: National Computer Systems.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W, Graham J., Tellegan, A., Kraemmer, B. (1989) *MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2. Manual for administration and scoring*. Minneapolis University of Minnesota press.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Williams, C.L. y Ben-Porath, Y.S., (1989) "Development and use of the MMPI-2 content scales". Minneapolis: University of Minnesota Press, E.U.A.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., y Kraemmer, B., (1990) *"MMPI-A Minnesota Multiphasic Personality Inventory-A: Manual for administration and scoring"*. University of Minnesota. Minneapolis, E.U.A.
- Butcher, J.N., Jeffrey, T.B., Clayton, T.G., Colligan S., (1990) "A study of active duty military personnel with the MMPI-2. *Journal of Military Psychology*, 2 (1): 47-61.
- Butcher, J.N. y Tellegen, A., (1966) "Objetions to MMPI short forms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (53): 803-815.
- Butcher, J.N. y Williams, C.L., (1992) *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation*. University of Minnesota Press. Minneapolis London.
- Bruguera, (1975) *Enciclopedia*; Ed. Bruguera, México.

- Campos, F.J.(1964) *Neurodermatitis disseminada. Investigación de su aspecto psicopatológico*. Tesis de posgrado en dermatología, leprología y micología. Fac. de medicina UNAM.
- Cattell, R. B. (1965) *The Scientific Analysis of Personality*; Baltimore: Penguin Books.
- Catell, R. B.; (1968) *The Prediction of achievement and creativity*; New York: Bobbs-Merril Co. Inc.
- Catell, R. y Warburton, F., (1967) "Objective personality and motivation tests". *Urbana*: University of Illinois Press.
- Cordova, Z. E. (1992) Correlación clínica y determinación de Ig E en pacientes con dermatitis atópica. Tesis de posgrado en dermatología, leprología y micología. Fac. Medicina. UNAM.
- Dahlstrom (Eds.), *Basic Readings on the MMPI in Psychology and Medicine*. Minneapolis: University of Minnesota Press, E.U.A.
- Dahlstrom, W.G., (1972) Whither MMPI en Butcher (ed) *Objective personality assessment: Changing perspectives*. Editorial Academic Press. Nueva York.
- Dahlstrom, W.G., (1980) "*Altered version of the MMPI. Basic Reading on the MMPI: an new selection on personality measurements*" University Minnesota Press. Minneapolis.
- Dahlstrom, W.G. y Welsh, G.S., (1960) *An MMPI handbook a guide to use in clinical practice and research*. Minneapolis University of Minnesota Press.
- Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S. y Dalstrom, L.E., (1972) *An MMPI Handbook: Vol. I. Clinical interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S., y Dahlstrom, L.E., (1975) *An MMPI Handbook: Vol. II. Research applications*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dahlstrom, W.G., Lachar, D., y Dahlstrom, L.E., (1986) *MMPI Patterns American Minorities*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- De Lain, M. A., (1990) "A comparison of MMPI and MMPI-2: A generalizability Theory Study". *Dissertation Abstracts Internacional* 51 (6): 3126-b.
- De la Fuente, M. R. (1975) *Psicología Médica*; México; Fondo de cultura económica.
- Duran, P.C. (1996) *Análisis factorial de las escalas básicas del MMPI-2 Español en México. Tesis de maestría en psicología clínica*. México UNAM.

- Drake, L.E., (1946) "A social I.E. scale for the MMPI". *Journal of Applied Psychology*,(30): 51-54.
- Drake, L.E. & Thiede, W.B. (1948). Further validation of the social I.E. scale for the MMPI. *Journal of Education Research*, 41, 551-556.
- Duer, S. (1988) Medical and Psychosocial correlates of self reported depressive symptoms in family practice. *J. Fam Pract* 27:609-614
- Escalona, E., García, M. y López, G.(1954) *Dermatología; lo esencial para el estudiante*. México.
- Eysenk,H.S. y Eysenk, S. B.:(1961) A Factorial Study Of Psychoticism as a Dimension Of Personality; Miltivar, *Behav. Res. Clinical Psychology*.
- Fisch, RZ (1987) Masked depression: its interrelations with somatizations, hypochondriasis and conversion. *Int J Psychiatry Med* 17:367-379.
- Fishburne, T. y Parkinson, S., (1984) "Age effects on active duty Army MMPI Profiles". *Paper Presented at the Department of Defense Symposium*.
- Gough, H.G., McClosky, H., y Meehl, P.E., (1951) "A personality scale for dominance". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, (46): 360-366.
- Gough, H.G., McClosky, H., y Meehl, P. E., (1952) "A personality scale for social responsibility". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 73-80.
- Graham, J. R., (1977a) "Stability of the MMPI configuration in a college setting". *Unpublished Manuscript*. Kent State University, Kent Ohio, E.U.A.
- Graham, J. R., (1977b) *The MMPI Practical Guide*. Ed. Oxford, New York, E.U.A.
- Graham J. (1987) *MMPI. Guía práctica*; México, Manual moderno
- Graham, J. R., (1987) *The MMPI: A practical guide*. (2nd. Ed.) Oxford University Press, New York, E.U.A.
- Graham, J. R. (1990) *MMPI-2 Assessing Personality and psychology*. New York: Oxford University press.
- Graham, J.R., Schroeder, H.F. y Lilly, R.S., (1971) "Factor analysis of items of the social Introversion and Masculinity Femininity scales of the MMPI". *Journal of Clinical Psychology*. (27): 367-370.
- Greene, R.L., (1978) "An empirically derived MMPI carelessness scale". *Journal of Clinical Psychology*, (34): 407-410.

- Greene, R.L., (1980) *The MMPI. An Interpretative Manual*. Ed. Grune and Stratton, New York, E.U.A.
- Greene, R. L., (1989) *The MMPI: An interpretative manual* (2nd Ed.) New York: Grune & Stratton, New York, E.U.A.
- Greene, R.L., (1954), "Medical reports and selected MMPI items among employed adults", *AMERICAN PSYCHOLOGY*, 9, 384.
- Greene, R.L., (1982), "Some reflections on MMPI short forms: A literature review" *JOURNAL OF PERSONALITY ASSESSMENT*, 46, 486-487.
- Greene, R.L., (1991); *MMPI-2/MMPI: an interpretative manual*, Boston: Allyn and Bacon.
- Guilford J.P. y Zimmerman W. S.; (1974) *Fourteen Dimension Of Temperament*; Psychol. Monogr. Hall C. S., y Lindsey,
- Guilford J.P.;(1974) *La Teoría Factorial de la Personalidad* Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Hamilton ,M. (1984) Frequency of symptoms in melancholia. *Br.J. Psychiatry* 154:201-206
- Hanifin, JM y Lobitt WC Jr.(1989) Newer concepts of atopic dermatitis arch dermatol venereol. -Hathaway, S.R., (1956) "Scales 5 (masculinity-femininity), 6 (paranoia), and 8 (schizophrenia)". In G.S. Welsh & W. G.
- Hathaway, S. R., y Briggs, P. F.; (1957) "Some normative data on new MMPI scales", *JOURNAL CLINICAL PSYCHOLOGY*, Vol.13 pag. 364-368.
- Hathaway, S.P.,& Mckinley, J.C., (1940) "A multiphasic personality schule (Minnesota): 1. Construction of the schule", *JOURNAL OF PSYCHOLOGY*, 14,73-84.
- Hathaway, S.R., y McKinley, J.C., (1942) "A multiphasic personality schedule (Minnesota): III The measurement of symptomatic depression". *Journal of Psychology*, (13): 73-84.
- Honey H.B.(1970) Somatization and other neurotic reacion and MMPI profiles. *J. Clin. Psychology*. vol.5 Pp 153-156.
- Hoppe, KD.; Bogen,JE. (1977) Alexithymia in twelve commissurotomized patients. *Psychother Psychosom* 28: 148-155 -Howard G. (1989). *Psiquiatría general*, México manual Moderno.
- Kerlinger N. F. (1988). *Investigación del comportamiento*, México McGraw-Hill

- Kendall, P. y NORTON-FORD, J.(1988) *Psicología clínica Perspectivas científicas y profesionales*. México; Limusa.
- Kirmayer ,L.J. (1989) Cultural variations in the response to psychiatric disorder and emotional distress. *Soc Sci Med* 29:327-339
- Kristal, H. (1988) *Integration and self healing*. Hillsdale, NJ, Analytic Press.
- Levitt, E.E., (1989) *The Clinical Application of MMPI Special Scales*. Ed. Lawrence Erlbaum Associates Incorporated. Hillsdale, New Jersey, E.U.A.
- Levitt, E.E., (1990) "Structural analysis of the Impact of MMPI-2 on MMPI-1". *Journal of Personality Assessment*. 55 (3-4): 562-577.
- Lipowski Z.J. (1990) Somatization and depression. *Psychosomatics* 31:13-21
- Luigi, S. (1987) *Diccionario médico*. México, Teide.
- Lucio, E. (1995). *Manual para la administración y calificación del MMPI-2. Versión en Español*. Ed. El Manual Moderno.
- Lucio, E., y Ampudia, R. (1995) *Introducción al uso de la nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) en la Evaluación Psicológica*. Fac. Psicología UNAM.
- Lucio, G. M., y Reyes-Lagunes, I. (1992), "Estandarización y Normalización del MMPI-2 al español en un grupo de estudiantes universitarios", Facultad de Psicología , UNAM.
- Lucio, G.M., y Reyes, I., (1994) "La Nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 Para Estudiantes Universitarios Mexicanos". *Revista Mexicana de Psicología* 11 (1);45-54.
- Macalpinc, I. (1952) *Psychotherapeutic principles in the treatment of cutaneous disease*. Exc. Med. -Machaughlin, J.T., Shoemaker, R. J.& Guy, N.B. (1953) Personality factors in atopic eczema. *Arch Dermat Syph* 68:506
- Marty, P de M'Uzan, M. (1963) La pensée opératoire. *Revue Francaise de Psychanalyse* 27 (suppl):1345-1356.
- McKinley, J.C., y Hathaway, S.R., (1942) "A multiphasic personality schedule (Minnesota): IV: Psychasthenia". *Journal of Applied Psychology*, (26): 614-624.
- McKinley, J.C., y Hathaway, S.R., (1944) "The Minnesota multiphasic personality Inventory: V. Hysteria, Hypomania, and psychopathic deviate". *Journal of Applied Psychology*, (28): 153-174.

- McKinley, J.C., Hathaway, S.R. y Meehl, P.E., (1948) "The MMPI VI. The K scale". *Journal of Consulting Psychology*, (12): 20-31.
- Meehl, P.E., Hathaway, S.R., (1946) "The K Factor as a suppressor variable in the MMPI". *Journal of Applied Psychology*, (30): 525-564.
- Megargee, E.I., Cook, P.E. y Mendelson, G.A., (1967) "Development and validation of an MMPI scale of assaultiveness in overcontrolled individuals". *Journal of Abnormal Psychology*, (72): 519-528.
- Mendizabal, J. (1976) *Características de personalidad en un grupo de asmáticos*. Tesis licenciatura en psicología UNAM, México.-Miller, H. & Baruch, D. W. (1950) A study of hostility in the allergic children. *American Journal of Orthopsichiatry*. 20:506
- Miller, M. L.(1948) Psychodynamic Mechanism in case of neurodermatitis, *Psychosomatic Medicine*, X; p.310 .
- Munley, P.H., (1991) "A comparision of MMPI-2 and MMPI "T" scores for men and woman". Veterans Administration Medical Center. Batle Creek and Western Michican University. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 47(1): 87-91.
- Munley, P.H. y Zaratonello, M.M., (1989) "A comparison of MMPI profile a cross standard and contemporary norms". *Journal of Clinical psychology*. 46(6): 229-239.
- Nemian ,J.C. (1980) Denial revisited: reflections on psychosomatic theory. *Psychother Psychosom* 26: 140-147
- Nie, H.N.,Hull;C:H., Steinbrenner y Jekin (1985) *Statistical Package for Social Sciencies*; Mac Graw Hill U. S. A.
- Nuñez, R (1979) *Aplicación del MMPI a la psicopatología*; México Manual Moderno.
- Obermeyer, M. (1955) *Psychocutaneous medicine*. Springfield illinois.
- Osorio, M. y Rios, C.(1986) *Características de personalidad del paciente con hipertensión arterial*.Tesis de Lic. en psicología UNAM.
- Páez, R. (1995) *Las Escalas de contenido del MMPI-2 en estudiantes universitarios*.Tesis de maestría en psicología clínica. UNAM
- Palacios, H. (1994) *Análisis de la capacidad discriminativa del MMPI-2: comparación de perfiles de pacientes psiquiátricos y estudiantes universitarios*.Tesis de maestría en psicología clínica.UNAM

- Pancoast, D.L. y Archer R.D., (1989) "Normas de adultos del MMPI original en muestras normales: una revisión con implicaciones para el futuro desarrollo". *Journal of Personality Assessment* 53(2): 376-395.
- Pérez y Fariás (1995) *Un estudio de confiabilidad en un grupo de estudiantes universitarios*. Tesis de maestría en psicología clínica. UNAM
- Pick, S. y López, A. (1995) *Cómo investigar en ciencias sociales*; México. Trillas.
- Quintana R, F.J. (1986) *Perfil psicológico de los pacientes dermatológicos según el inventario Climent*. Tesis de posgrado en dermatología, leprología y micología. Fac. de medicina. UNAM
- Rainer, P. (1986) Psychosomatic aspects of chronic pain: A new way of description based on MMPI item analysis. *Pain* vol 26 (1) 33-43.
- Rivera, O., (1991) *Interpretación del MMPI en psicología clínica laboral y educativa*. Ed. Manual Moderno. México
- Ruesch, J. (1948) The infantile personality. *Psychosom Med* 10:134-144.
- Salomón, P. (1976) *Manual de psiquiatría*, México, Manual moderno.
- Sampieri, H., R.; Collado, F.; Lucio, B., P. (1991) *Metodología de la investigación*; México, Mc Graw Hill.
- Santamaria, G.V. (1978) *Perfil psicológico en los pacientes con neurodermatitis diseminada (Estudio comparativo)*. Tesis de posgrado en dermatología, leprología y micología. México.
- Saúl, A. (1986). *Lecciones de dermatología*; México; Editor: Francisco mendez Cervantes
- Schill, T.; Shiraz, P. (1988) Relation Between Coping Stile and Barron's Ego Strength Ecale. *Psychological Reports*, 63, 65-66.
- Selye, H. (1964) *The stress of life*, México, Mc Grow-Hill.-Siegel, S. (1970) *Diseño experimental no paramétrico*. México; Trillas
- Sifneos, P. E. (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 22:255-262.
- Stoudemire M.D. (1991) Somathothymia. *Psychosomatics* 32:365-379
- Strassberg, D.S., (1991) "A resolution to the interpretative dilemmas created by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2 (MMPI-2). A response to Ben-Porath and Graham". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 13(2): 181-184.

- Sulberger, M. B., FEINBER, W. (1940) *Nomenclature and clasification of atevyic disorders.*
- Taboada, A. L. (1993). *Comparación del MMPI-2 en población universitaria d Nicaragua.* Tesis de Mestría en psicología clínica. México UNAM
- Tapia, S.S., y Dorado, Y. (1984) *Estudio comparativo entre un grupo de pacientes con psoriasis y un grupo de pacientes con dermatitis por contacto.* Tesis de Licenciatura en psicología. México UNAM
- Tellegen, A., (1982) *Brief manual for the diferential personality questionnaire.* Minneapolis: University of Minnesota Press, E.U.A.
- Tellegen, A., (1988b) "Derivation of uniform T score for the reestandarized MMPI. In R. D. Fowler (chair), Revision and reestandarization of the MMPI: Rationale, normative sample, new norms, and initial validation". *Symposium conduted at the 96 Annual Convention of the American Psychological Association*, Alanta, Georgia, E.U.A.
- Terres, E. y Zuñiga, G. (1976). *Estudio sobre la tendencia a la smatización con estudiantes de la generación de 1971-1976 de la facultad de médicina utilizando el MMPI.* Tesis de licenciatura en psicología. México UNAM
- Tyler, L. E.;(1975), *Psicología de las diferencias humanas;* Editorial Marova; Madrid, España.
- Welsh, G.S., (1965) "MMPI profiles and factors A and R". *Journal of Clinical Psychology* (21): 43-47.
- Wiggins, J.S., (1966) "Substantive dimensions of self-report in the MMPI item pool". *Psychological Monographs*, 80 (22, Whole No. 630).
- Wiggins, J.S., (1969) "Content dimensions in the MMPI in J.N. Butcher". (Ed.). *MMPI: Research Developments and Clinical Applications.* Ed. McGraw-Hill, New York, E.U.A.
- Wittkower,E; Russell,B. (1953) *Emotional factors in the skin disiasse.* New York, P:B: Hoeber.
- Wolman B.:(1968), *Teorías y sistemas contemporáne en psicología,* Barcelona España.

## **GLOSARIO**

- Alopecia:** Caída de pelo.
- Costra hemática:** Costra de sangre.
- Dermatosis:** Enfermedad de la piel en general.
- Dermatitis:** Estado inflamatorio de la piel.
- Eczema:** Estado inflamatorio agudo, manifestado por piel "llorosa".
- Eritema:** Enrojecimiento de la piel circunscrito o generalizado, uniforme o en manchas debido a la dilatación de los vasos sanguíneos.
- Linfocito:** Elemento corpuscular de la sangre que se incluyen en el grupo de los glóbulos blancos. Esta producido por los ganglios linfáticos, no tienen actividad fagocitatoria.
- Pápula:** Lesión de la piel que consiste en un levantamiento sólido de la piel de color rojo, producto del rascado o infecciones.
- Prúrigo:** Aparición de numerosas pápulas intensamente pruriginosas, sobre la piel, de aspecto rojizo.
- Prurito:** Trastorno sensitivo de la piel, o comezón, que induce el rascado de la misma.
- Pústulas:** Levantamiento circunscrito de la piel de contenido purulento.
- Traumatizar:** Dañar la integridad del organismo (la piel) por cualquier situación (un golpe, rascado)

## *APÉNDICE I*

# MMPI-2 PERFILES MASCULINOS

## ESCALAS BÁSICAS

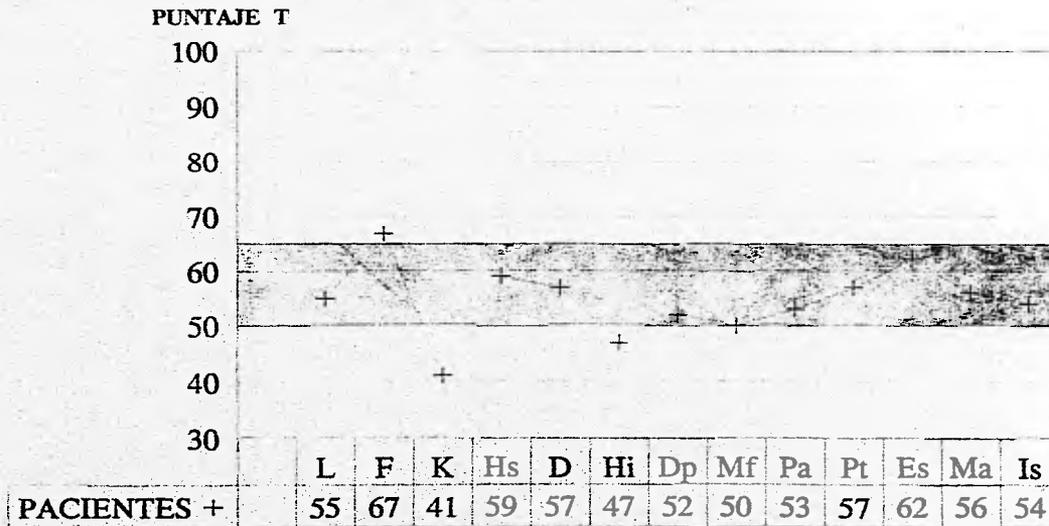
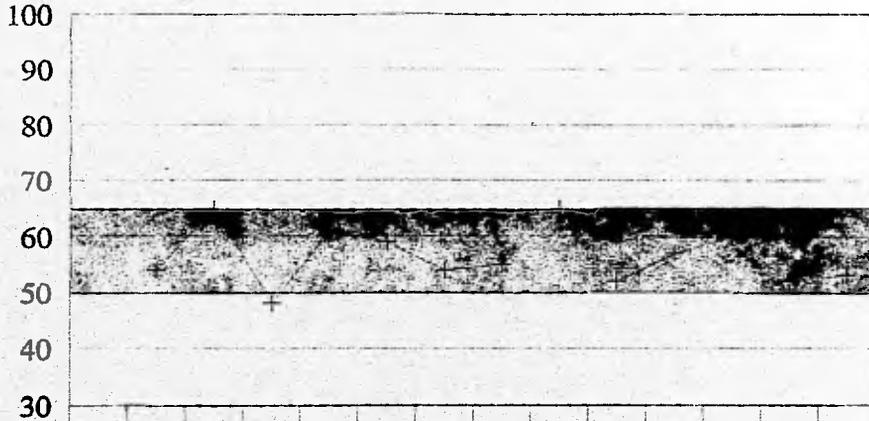


FIGURA 1

# MMPI-2 PERFILES FEMENINOS

## ESCALAS BÁSICAS

PUNTAJES T



	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
PACIENTES +	54	65	48	61	59	54	55	65	52	57	60	52	53

FIGURA 2

# MMPI-2 PERFILES MASCULINOS

## ESCALAS DE CONTENIDO

PUNTAJES T

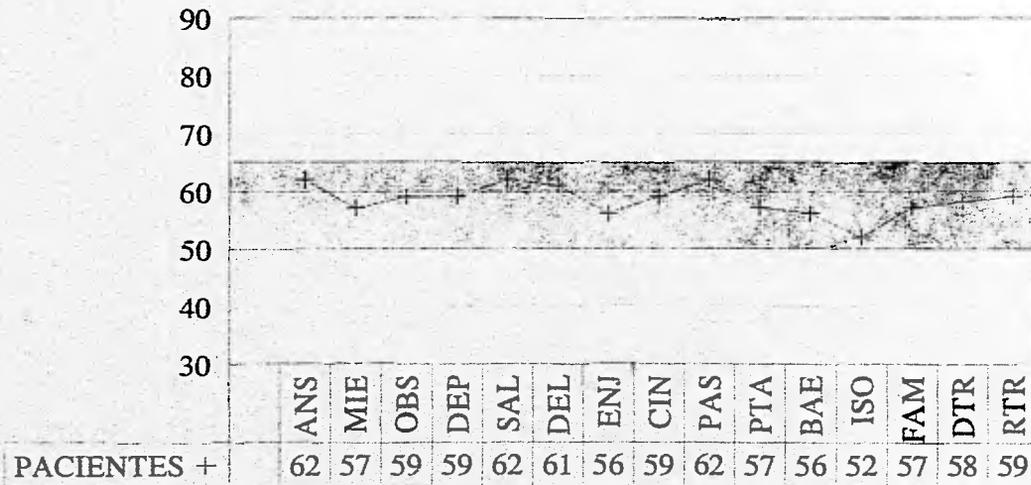


FIGURA 3

# MMPI-2 PERFILES FEMENINOS

## ESCALAS DE CONTENIDO

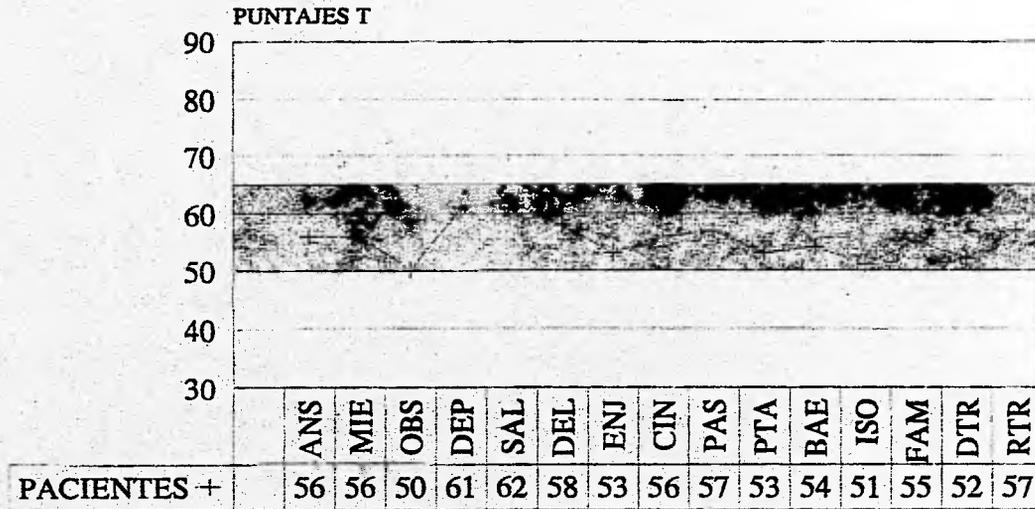


FIGURA 4

# MMPI-2 PERFILES MASCULINOS

## ESCALAS SUPLEMENTARIAS

PUNTAJES T

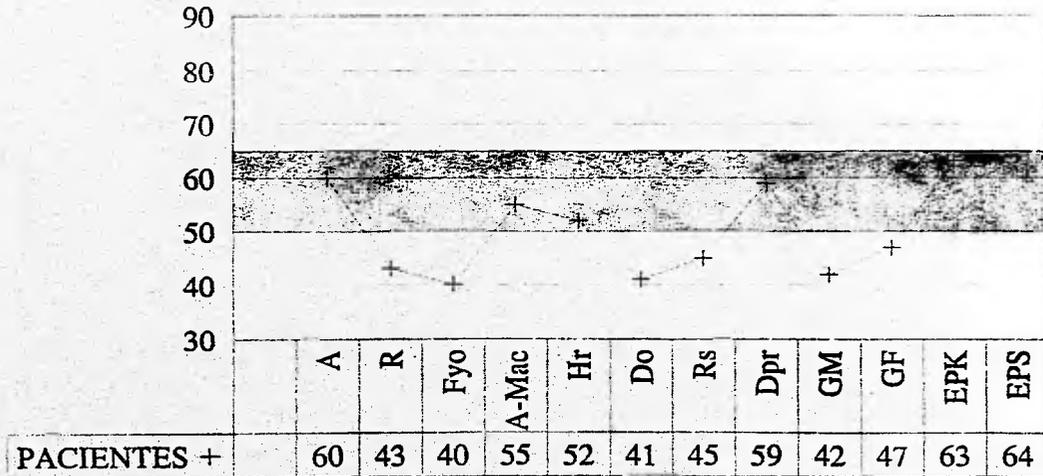


FIGURA 5

# MMPI-2 PERFILES FEMENINOS

## ESCALAS SUPLEMENTARIAS

PUNTAJES T

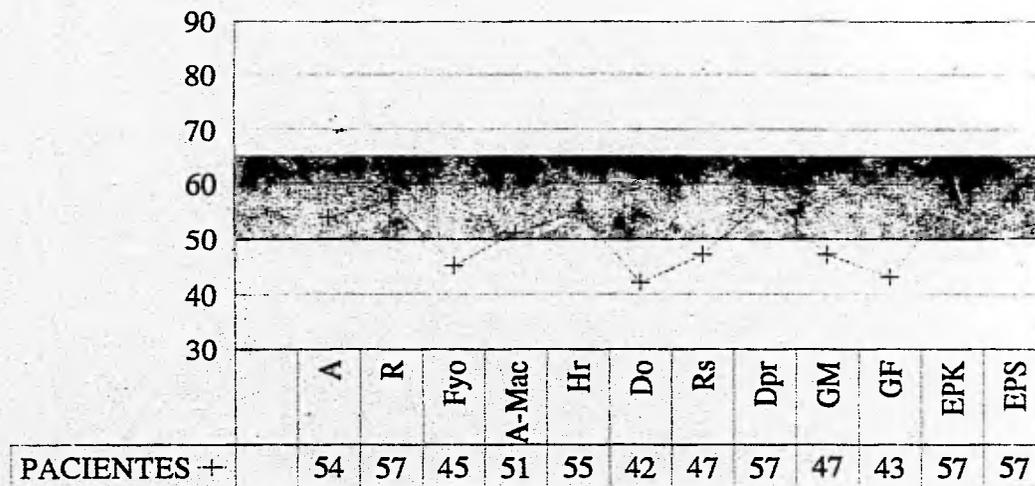


FIGURA 6

# MMPI-2 PERFILES MASCULINOS

## ESCALAS BÁSICAS

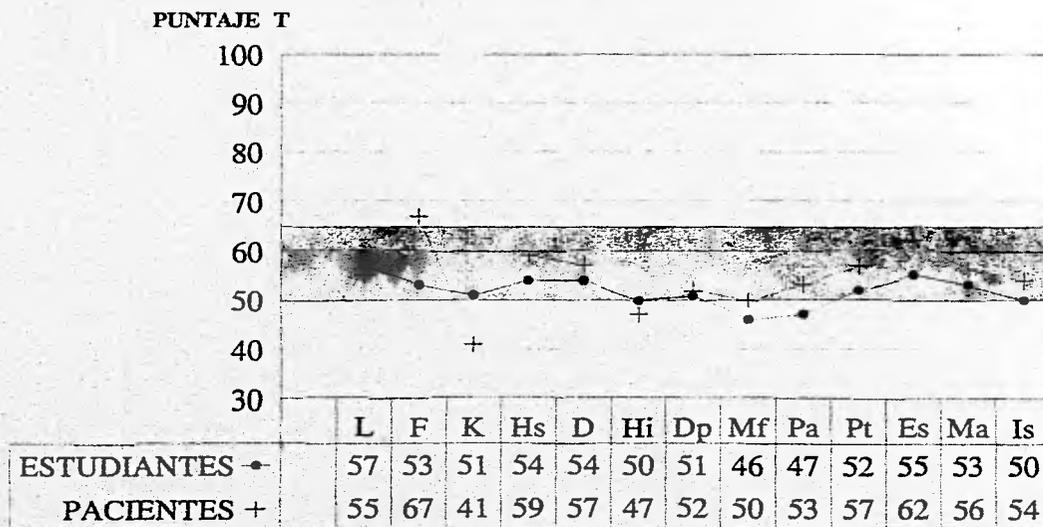


FIGURA 7

# MMPI-2 PERFILES FEMENINOS

## ESCALAS BÁSICAS

PUNTAJES T



	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
ESTUDIANTES →	57	54	51	54	54	48	50	64	48	52	54	53	49
PACIENTES +	54	65	48	61	59	54	55	65	52	57	60	52	53

FIGURA 8

# MMPI-2 PERFILES MASCULINOS

## ESCALAS DE CONTENIDO

PUNTAJES T

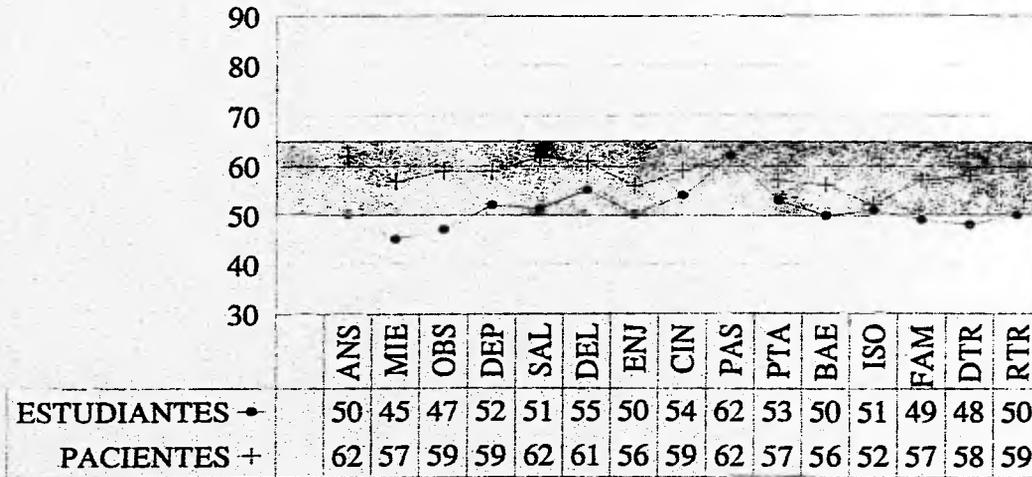


FIGURA 9

# MMPI-2 PERFILES FEMENINOS

## ESCALAS DE CONTENIDO

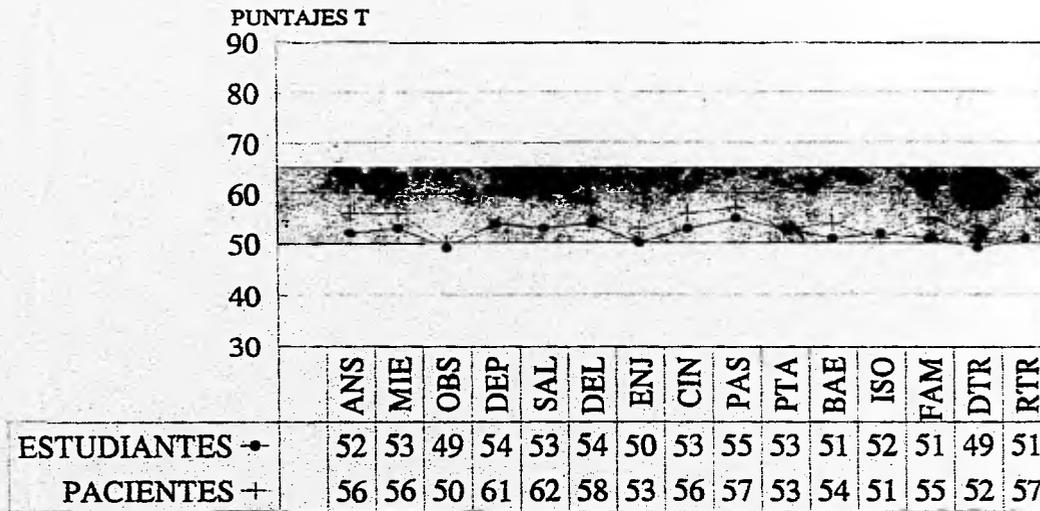


FIGURA 10

# MMPI-2 PERFILES MASCULINOS

## ESCALAS SUPLEMENTARIAS

PUNTAJES T

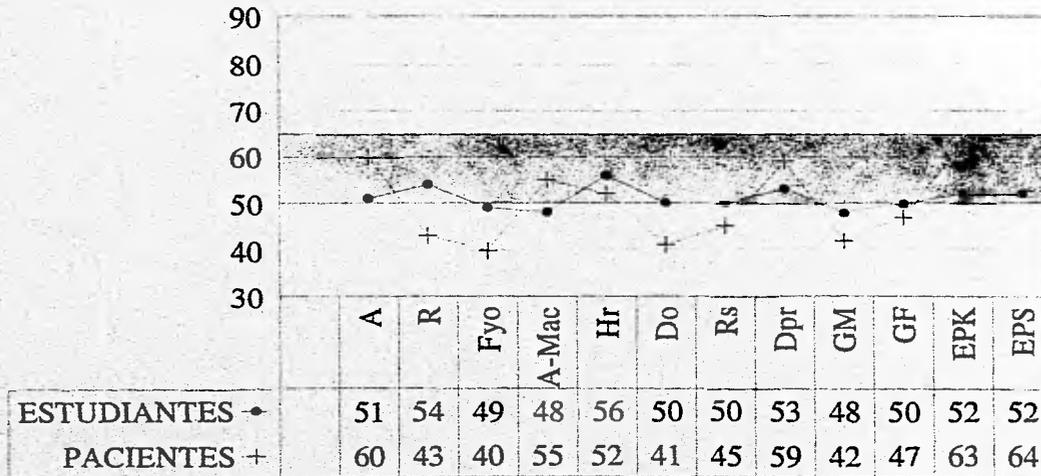


FIGURA 11

# MMPI-2 PERFILES FEMENINOS

## ESCALAS SUPLEMENTARIAS

PUNTAJES T

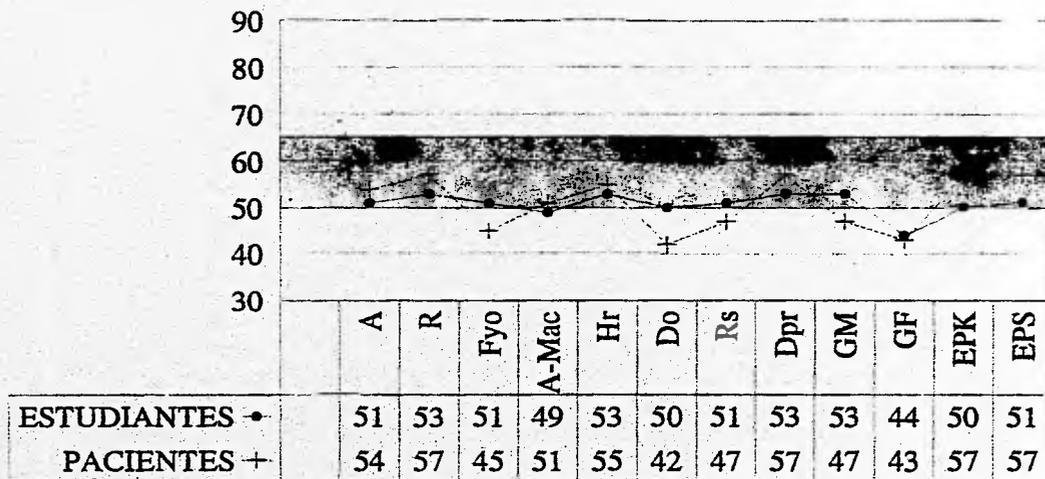


FIGURA 12