

57
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

“ESCALAS SUPLEMENTARIAS EN EL
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD DE MINNESOTA MMPI
EN UN GRUPO DE MUJERES MEXICANAS”

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
p r e s e n t a:

CORDOVA GARCIA CECILIA EDITH

Director de Tesis:

Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Revisor:

Ma. Martina Jurado Baizabal



México, D. F.

1998
266759

**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.

**DOY GRACIAS A DIOS, POR DARME LA OPORTUNIDAD DE
CONCLUIR LA INVESTIGACIÓN**

**A MI ESPOSO ALBERTO VÁZQUEZ TAPIA CON TODO MI AMOR,
CARIÑO Y AGRADECIMIENTO POR EL GRAN APOYO Y EMPUJE
QUE SIEMPRE ME BRINDO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA
INVESTIGACIÓN.**

**A MIS QUERIDAS HIJAS CECILIA MARÍA Y MARÍA EDITH CON
TODO MI AMOR.**

A LA MEMORIA DE MI MADRE CON ADMIRACION Y CARIÑO.

**A MI PADRE, CON RESPETO ADMIRACIÓN Y AMOR,
AGRADECIENDO SU PRESENCIA, APOYO Y EL GRAN EJEMPLO
QUE SIEMPRE ME HA BRINDADO.**

A MIS HERMANOS CON AFECTO.

A TODA MI FAMILIA Y AMIGOS.

**AL DR. ALBERTO VÁZQUEZ TAPIA, POR EL EXTENSO TRABAJO
QUE REALIZÓ EN EL PROCESAMIENTO DE DATOS DE LA
PRESENTE INVESTIGACIÓN.**

**AL ACTUARIO FEDERICO VÁZQUEZ TAPIA, POR EL GRAN
APOYO Y ASESORIA EN LA PARTE ESTADÍSTICA DE LA
INVESTIGACIÓN.**

**A MI HERMANO RUBÉN CÓRDOVA GARCÍA, POR EL GRAN
APOYO PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

**A TODOS MIS QUERIDOS Y ADMIRABLES MAESTROS POR EL
EJEMPLO Y ESTÍMULO QUE HE RECIBIDO.**

**A LA DRA. ESTELA RUIZ MILÁN, POR SU INCALCULABLE APOYO
Y AYUDA.**

A TODOS ELLOS, MI MÁS SINCERO AGRADECIMIENTO.

AGRADECIMIENTOS

**DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO, POR LA DIRECCIÓN
RECIBIDA EN LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO Y LAS
SABIAS Y ACERTADAS ENSEÑANZAS.**

A LOS SINODALES

MAESTRA AMADA AMPUDIA RUEDA

MAESTRA CRISTINA HEREDIA ANCONA

MAESTRA MARTHA CUEVAS ABAD

LICENCIADA MA. MARTINA JURADO BAIZABAL

I N D I C E

INTRODUCCIÓN

R E S U M E N

CAPITULO I:

PERSONALIDAD.

1.1	Antecedentes de la Personalidad	1/2
1.2	Definiciones sobre la Personalidad	3/8
1.3	Teorías Ideográficas y Nomotéticas	9/20
1.4	Teoría de los Rasgos y Factorial	21/27

CAPITULO II:

MMPI Y ESCALAS SUPLEMENTARIAS

2.1	Introducción	28/31
2.2	Desarrollo del MMPI	32/36
2.3	Escalas de Validez y Clínicas	37/46
2.4	Desarrollo de las Escalas Suplementarias	47/60
2.5	Investigaciones realizadas con las Escalas Clínicas y Suplementarias	61/68

CAPITULO III:

METODOLOGÍA

3.1 Planteamiento del problema	69
3.2 Hipótesis	70
3.3 Variables	71
3.4 Definición de variables	71
3.5 Sujetos	72
3.6 Muestreo	73
3.7 Tipo de estudio	74
3.8 Diseño	74
3.9 Instrumentos	74/81
3.10 Procedimientos	82
3.11 Análisis estadístico	83

CAPITULO IV:

RESULTADOS

4.1 Descripción de resultados	84/112
--------------------------------------	---------------

CAPITULO V:

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1	Discusión	113/131
5.2	Conclusiones	132/135
5.3	Limitaciones y sugerencias	136/137

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

138/147

APÉNDICE

R E S U M E N

"ESCALAS SUPLEMENTARIAS EN EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA MMPI, EN UN GRUPO MUJERES MEXICANAS"

Se realizó un estudio de campo descriptivo, ex-postfacto con el fin de obtener las medias Mexicanas para las escalas suplementarias, escalas clínicas básicas y de validez del MMPI original versión español, en una muestra de 800 mujeres Mexicanas, aplicando el programa computarizado de calificación de Colligan de 1983. El tratamiento estadístico, se llevó a cabo a través de la prueba (t) y por medio del análisis de correlaciones.

La importancia de éste estudio, se debe a que no se han realizado investigaciones en México con el MMPI original en las escalas suplementarias. El objetivo del estudio fue obtener las medias y desviaciones estándar en la muestra mexicana y comparar las puntuaciones con las medias y desviaciones estándar obtenidas por Colligan en Estados Unidos.

Otro de los objetivos fue obtener un análisis de correlaciones e intercorrelaciones entre las escalas suplementarias, clínicas básicas y de validez.

Cabe señalar que se tomaron en cuenta las catorce escalas suplementarias que Colligan estudió, sin embargo solamente siete de las catorce se han investigado más y tienen una mayor confiabilidad.

La muestra de este estudio, estuvo integrada por 800 mujeres de nacionalidad Mexicana, los rangos predominantes para las variables atributivas, fueron las siguientes: edad de 45 a 65 años, escolaridad de bachillerato y Licenciatura, la ocupación fue de amas de casa y empleadas con un nivel socioeconómico medio y medio alto, de religión católica.

Los resultados comparativos en las medias de la muestra Mexicana y Norteamericana, en los puntajes T, reportaron diferencias estadísticamente significativas al nivel de significancia de 0.001 en las escalas de validez, clínicas básicas y suplementarias del MMPI; excepto en la escala 6 Pa (Paranoia) y 0 Is (Introversión social), en virtud de que las poblaciones reportaron medias similares.

Las diferencias más significativas que se encontraron con relación a las escalas de validez son: Escala F (Respuestas atípicas) y L (Mentira). Para las escalas clínicas básicas, Es (Esquizofrenia) y M/F (Masculinidad/Femineidad). Con respecto a las escalas suplementarias, la escala Fyo, (Fuerza del yo), Hr (Hostilidad reprimida), A (Ansiedad) y Ca (Caudalidad).

Las diferencias que se reportaron en esta investigación, a través de la comparación de las medias poblacionales, refieren características de personalidad distintas en cada muestra.

En el análisis de correlaciones, se reflejaron importantes concordancias en algunas de las escalas clínicas, como son: Hs (Hipocondriasis), se correlaciona con Hi (Histeria); D (Depresión) con Pt (Psicastenia) y Es (Esquizofrenia) con Pt (Psicastenia).

La correlación más alta en las escalas suplementarias la presentaron: A (Ansiedad); con MAS (Ansiedad Manifiesta), con Pr (Prejuicio), con Dy (Dependencia) y Ca (caudalidad).

La correlación más significativa entre las escalas suplementarias y clínicas la obtuvieron MAS (Ansiedad Manifiesta con Pt (Psicastenia).

Se puede concluir que existen algunas correlaciones entre las Escalas de Validez, Clínicas Básicas y Suplementarias del MMPI. La presente investigación permitió realizar un análisis más fino de la personalidad del grupo estudiado.

INTRODUCCIÓN

Se ha estudiado a la personalidad desde diferentes aspectos en el campo de la Psicología. En el área de la investigación, el MMPI es uno de los instrumentos que más se ha utilizado en la evaluación de la personalidad, debido a sus características ya que cuenta con validez, confiabilidad y una base psicométrica sólida.

De ahí se desprende que sea una prueba vigente y de gran utilidad aunque haya sido creada hace más de 50 años. En la actualidad continúa dando buenos resultados en áreas como: Psicología Clínica, Laboral, Educativa, etc.

Es un instrumento por medio del cual la persona define sus propias características y la imagen que tiene de sí mismo por lo que aporta importantes elementos de diagnóstico.

En 1940 se contaba en Estados Unidos de Norteamérica con el inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, el cual era probado por Hathaway y Mckinley. Los autores se basaron en la experiencia y los conocimientos que tenían, en las preguntas de las historias clínicas y de los casos, reportes psicológicos, de medicina general, neurológicos y psiquiátricos, las escalas antiguas de aptitudes personales, sociales y emocionales, así no fueron investigadas.

Con base en lo anterior, nace la presente investigación con el propósito de realizar un estudio con las Escalas Suplementarias y obtener las medias y desviación estándar, así como obtener un análisis de correlaciones entre las diferentes escalas, en una población de mujeres mexicanas que sirva de base para estudios posteriores.

MARCO TEÓRICO

C A P I T U L O I

P E R S O N A L I D A D

1.1 ANTECEDENTES DE LA PERSONALIDAD:

Como parte del marco teórico me referiré en este capítulo a las diferentes teorías de la personalidad, sus antecedentes, definiciones y en especial a la teoría de los rasgos por ser la que más explica y sustenta mi investigación.

La personalidad es un área muy importante del ser humano y de gran interés para la Psicología. Es por eso que se ha investigado ampliamente desde diferentes aproximaciones teóricas.

Por tal motivo la personalidad tiene una gama de definiciones y significados diversos, dependiendo del área de estudio. Estos campos pueden ser: antropológicos, filosóficos, sociológicos, psicoanalíticos, etc., por mencionar algunos de ellos.

Partiendo del enfoque psicológico se tomará a la personalidad como concepto global en donde se pueden conocer aspectos comunes a todos los individuos: percepción, motivación, aprendizaje y el repertorio conductual que, obedeciendo a sus múltiples interrelaciones, dan como resultado diferencias individuales en la personalidad y se puede predecir con mayor probabilidad la conducta de una persona.

Al ser humano se le puede estudiar desde distintas teorías y métodos, pero el hombre tiene la capacidad de hablar y tener conciencia de sí mismo. La persona le confiere significados a su mundo y es capaz de comunicárselos a otros hombres.

Si se desea conocer la conducta humana, se debe considerar la conducta como acción, como un tipo de discurso.

Si se quiere comprender al hombre en su existencia como ser humano se deberá averiguar lo que quiere decir y cómo lo expresa con palabras, con acciones e incluso con respuestas fisiológicas. Por supuesto también se averiguará lo que quiere decir la persona, si se le pide que lo exprese, con respuestas verbales (o con aseveraciones).

Otro aspecto importante de la personalidad es el que se refiere a los comportamientos clasificados como anormales o enfermos, siendo su característica principal la tendencia a establecer criterios diagnósticos precisos de los diferentes rasgos de la personalidad, así como su medición.

Una manera de evaluar lo anterior se da a través de las pruebas Psicométricas de la Personalidad. Uno de los instrumentos por medio del cual la persona define sus propias características y la imagen que tiene de sí mismo, es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.

Se han desarrollado técnicas de medición, así como diferentes tipos de métodos para evaluar la personalidad. En el campo de la Psicología se cuentan con infinidad de tests Psicológicos; el MMPI, es uno de los instrumentos más usados para estos fines.

De lo anterior se desprende que las dos líneas teóricas en que se apoya la investigación, son la Personalidad y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI.

1.2 DEFINICIONES DE LA PERSONALIDAD

Existen diferentes definiciones y teorías acerca de la personalidad una de las definiciones clásicas es la de Allport.

“La personalidad es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular adaptación al ambiente”. Allport (1974).

Según Allport, la teoría de la personalidad debe reunir cinco requisitos para su estudio:

- 1°.- Centrarse en el organismo.
- 2°.- Considerarlo como organismo lleno.
- 3°.- Considerar a la motivación como un factor de la estructura
- 4°.- Emplear unidades de análisis suficientes para producir una síntesis adecuada y
- 5°.- Ubicar apropiadamente al fenómeno de estudio.

Allport desarrolla cada uno de los conceptos de su definición entendiéndose:

Organización dinámica: Le da importancia al hecho de que la personalidad está en continuo cambio y desarrollo, aunque al mismo tiempo exista una organización sistemática que reúne y comparte varios componentes de la personalidad.

Psicofísico: este término nos recuerda que la personalidad no es ni exclusivamente mental ni psicológica. La organización se refiere al cuerpo y mente, intrínsecamente fundidos en la personalidad del individuo. La personalidad es algo que envuelve concomitantes neurológicos o fisiológicos; así la palabra único revela el profundo interés que Allport tuvo acerca de la individualidad.

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 se conoce la personalidad.

Características: toda conducta y todo pensamiento son propios 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 él mismo, originados por la situación ambiental en la que se encuentra el individuo; modos elegidos y dirigidos por los sistemas psicofísicos comprendidos en nuestra personalidad.

Cada teoría de la personalidad propone un campo de estudio, sus propias listas de rasgos e interrelaciones supuestas entre las dimensiones o factores de la personalidad que pueden usarse para clasificar las conductas interpersonales más estables del individuo. Allport (1974).

La personalidad se caracteriza por ser una totalidad, una organización de relativa estabilidad, unidad e integración. La personalidad implica el nivel de integración más evolucionado, de tal manera que el grado de complejidad alcanza en ella su punto máximo.

La personalidad es dinámica, es decir, cambiante. Está sometida a fluctuaciones entre evolución y regresión y entre integración y dispersión Bleger (1981).

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 que pueden ser comparables en términos generales.

Un rasgo representa el resultado de la combinación o integración de dos o más hábitos. En Gallegos (1996).

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 de ideales humanos basados en los intereses peculiares que tienen sus medios culturales en la clasificación de Edward Spranger.

La cultura tiene una enorme importancia en la configuración de la personalidad. Por ejemplo, la personalidad de un aborigen australiano no puede ser nunca igual a la de un hombre de negocios de los Estados Unidos. Las diferencias existentes entre las subculturas pueden ser causa de una gran diversidad en la personalidad. La personalidad de una estrella de cine y la de una maestra de escuela raramente pueden ser semejantes. Allport (1977).

Las definiciones de personalidad se pueden encuadrar en cuatro categorías básicas: Whittaker (1968).

A) *Definiciones Generales:*

En las que la personalidad representa las características globales de la conducta del individuo y en la que se consideran todos los procesos y respuestas que éste presenta.

B) *Definiciones Integrativas:*

Destacan la organización de la Personalidad.

C) *Definiciones Jerárquicas:*

En las que se determinan las funciones de cada una de las diversas dimensiones que integran la personalidad.

D) *Definiciones de Ajuste:*

Proporcionan la manera característica en que cada individuo se adapta a su medio ambiente.

Para este autor, la personalidad es la organización única de características que determinan la norma típica o recurrente de la conducta de un individuo, en comparación con otras personas.

En trabajos realizados por Pérez y Farías (1995), se mencionaron definiciones y enunciados de autores como Horney, Fromm y Sullivan.

Existen teorías que han elaborado sus propias definiciones y que obedecen a los diferentes movimientos históricos culturales.

Para Horney (1976), la personalidad no queda establecida en la infancia, sino que éstas experiencias infantiles son sólo parte de la estructura continuada de la personalidad. El hombre sigue siendo un producto de su medio y al modificarse éste, cambia también el individuo.

Para Fromm (1985), la personalidad es la totalidad de las cualidades psíquicas, heredadas y adquiridas, peculiares de un individuo, que lo hacen único. Las cualidades heredadas constituyen el temperamento innato o inmodificable. En cambio, el carácter es la forma relativamente permanente en que la energía humana se canaliza en los procesos de asimilación y socialización.

Sullivan (1964), sostiene que el hombre es el producto de la interacción con otros seres humanos, y que la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento de su nacimiento.

La personalidad es un concepto dinámico. A medida que van pasando los tiempos se ha ido modificando. Al realizarse investigaciones sobre la misma, van cambiando las formulaciones teóricas.

La importancia que el estudio de la Personalidad tiene dentro del campo de la psicología, puede explicarse en función de varias razones:

Primero: Permite entender en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, etc., de determinada manera.

Segundo: Integra en un solo concepto los conocimientos que puede adquirir por separado de aquellas facetas abstraídas de una totalidad (La persona), como son la percepción, la motivación, el aprendizaje y otras.

Tercero: Aumenta la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo.

Cuarto: Ayuda a conocer cómo se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad Anastasi (1967).

Aunque el estudio de la personalidad a través de teorías psicológicas muchas veces segmenta al individuo en aspectos cognoscitivos, afectivos y sociales, estas características no se manifiestan de manera aislada y son las que dan a la persona su carácter distintivo. Es decir: son la base de lo que se denomina personalidad.

Brazelton concibe la formación de la personalidad como el producto de la convergencia de tres aspectos que actúan de manera global: factores constitucionales, factores propios del desarrollo y factores situacionales o ambientales.

Factores constitucionales: forman la herencia, tanto de aspectos orgánicos (color de piel, estatura etc.), como psicológicos (inteligencia, memoria y capacidad de aprendizaje).

Posiblemente se hereden también comportamientos de muchos de los contenidos latentes y recesivos que se dieron en generaciones anteriores y se actualizan en el sujeto.

Factores del desarrollo: Son aquellas conductas contenidas en la herencia pero que requieren de determinado tiempo de maduración (caminar, controlar esfínteres, hablar). El retraso en el desarrollo de estas conductas determina la patología en un campo determinado.

Factores situacionales o ambientales: Son todas las circunstancias que ocurren alrededor del niño y que influyen sobre su herencia y su maduración de una manera determinante. Tanto a la herencia como a los factores del desarrollo se les denomina *Mundo Interno*.

El mundo externo es la realidad externa que sucede alrededor del sujeto, también se denomina entorno o medio. Es a través del yo que el sujeto tiene que adaptarse a él. Existen adaptaciones normales y patológicas que son muchas veces el mejor esfuerzo de una persona para adaptarse a las circunstancias externas contando con el medio interno que posee.

Con base en lo anterior, se comprende la gran importancia que tiene el estudio de la personalidad a través de la psicometría y, en concreto, con el MMPI, ya que por medio de este instrumento podemos expresar los factores de nuestro desarrollo que corresponden al mundo interno y al externo.

Investigar las teorías de la personalidad desde diferentes puntos de vista, permite hacer observaciones confiables correlacionadas con datos resultantes de la experimentación.

Muchas de las investigaciones realizadas en este campo se han basado en los conceptos de rasgos como constantes de la personalidad, ya que se puede describir a una persona por su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo (Catell 1965), lo cual ofrece un perfil de la personalidad.

El concepto de individuo subraya la singularidad e indivisibilidad de las características psíquicas y las diferencias individuales de cada persona.

La individualidad alude a la configuración e integración únicas, mientras que la personalidad se refiere a los rasgos generales humanos (Davidoff, 1979) que de manera única se dan en cada individuo.

1.3 TEORÍAS IDEOGRÁFICAS Y NOMOTÉTICAS

Como parte del marco teórico en este capítulo trataré algunas de las teorías ideográficas y nomotéticas por considerarlas relevantes para mi investigación. Comenzaré por dar las características de una teoría, así como la clasificación de las teorías de la personalidad.

Las características de una útil teoría de la personalidad son, según algunos autores las siguientes: las afirmaciones de ella, deben estar de acuerdo con los datos empíricos que la sustentan; debe generar investigación, debe ser simple y parsimoniosa, debe ser general (abarcarse en su explicación a un gran número de eventos); debe ser suficientemente operacional para poderse comprobar empíricamente; debe ser consistente y lógica; y por último, una buena teoría debe tener utilidad y valor explicativo y práctico (Hall y Lindzey, 1965; McClelland 1967; Allport 1965.)

Cueli y Cols. (1995), realiza una clasificación de las diferentes teorías de la personalidad. Se han hecho algunos intentos para clasificar las definiciones y las diferentes aproximaciones al estilo de la personalidad. Es probable que la primera haya sido elaborada por Allport en 1937. Él sugirió 7 categorías: biofísicas, biosociales, únicas, integrativas, de ajuste, esencial diferencial, y de ómnibus. Otras clasificaciones diferencian entre estructura y dinámica, rasgo y tipo; entre ser ideográficas ó nomotéticas.

Las Teorías Ideográficas buscan regularidades intraindividuales estudiando pocos casos únicos; basan sus afirmaciones y suposiciones en el reporte de lo que es

inmediatamente observable e interpretable en términos de la situación y localización dentro del espacio vital, más amplio del que percibe o se comporta, es decir: se atiende a la interpretación que da el sujeto de lo que suceda dentro de él, de acuerdo a como él lo percibe en su realidad subjetiva, subrayando las características únicas y el estudio de la personalidad total.

Las Teorías Nomotéticas buscan regularidades interindividuales, estudiando a grandes conjuntos de sujetos al mismo tiempo; investigando cuáles aspectos o factores se presentan en todos, con más o menos regularidad; y tratan de descubrir las leyes generales que explican y gobiernan a éstos.

Si bien reconocen la existencia de hechos únicos, explican éstos como el “Punto de intersección de un número de variables cuantitativas” (Eysenck, 1952), citado en (Cueli y cols, 1995).

El MMPI es un instrumento que puede relacionar y vincular estas dos teorías, ya que puede estudiar al individuo de manera personal, a la vez que es relacionado y valorado con el grupo.

Con base en lo anterior explicaré las clasificaciones de las teorías ideográficas y nomotéticas.

Dentro de las *Ideográficas* se clasifican las siguientes teorías de la personalidad.

Teorías Psicoanalíticas:

Freud, Adler, Jung, Anna Freud, Sullivan, Horney, Fromm, Hartmann.

Escuela Americana de las Relaciones Objetales:

Erickson, Mahler, Kohut, Kenberg.

Teoría de la relación de Objeto:

Fairbairn, Klein, Winnicott.

Teorías Humanistas:

Rogers, Allport, Frankl, Caruso, May.

Dentro de las Teorías *Nomotéticas* se clasifican:

Conductuales:

**Skinner, Gesell, Teorías del aprendizaje social.
Teorías de sistemas.**

Personales:

Guilford, Eysenck, Catell.

TEORÍAS IDEOGRÁFICAS

En este apartado empezaré por enunciar algunos de los principios básicos que aportaron los principales representantes de las teorías antes enunciadas. Cabe señalar que en esta investigación no se intenta ni siquiera realizar una síntesis de las teorías, ya que sería muy pretencioso sintetizar estas teorías tan amplias y complejas.

Teorías Psicoanalíticas:

La teoría más inquietante acerca del desarrollo de la personalidad fue la del psicoanálisis, propuesta por Sigmund Freud. A finales del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX, mucha gente se impresionó con esta teoría, pues sostenía que los motivos sexuales influían, si no a todas, sí a la mayoría de las conductas humanas.

Aún más influyentes fueron sus consideraciones acerca de la sexualidad infantil. Para el público y los profesionistas médicos de la época, la idea de que los niños tuvieran pensamientos sexuales importantes para su ajuste social y personal, era una clara distorsión de la imagen de la inocencia infantil que se consideraba, por principio, como verdad irrefutable.

No tan perturbadora en el aspecto moral era la idea de Freud de que la mayor parte del tiempo no sabemos en forma consciente por qué actuamos del modo en que lo hacemos, pues en vez de comportarnos como seres racionales, somos guiados y manipulados por necesidades primitivas y por traumas de nuestro pasado, los cuales residen en lo que Freud llamó inconsciente. Freud vuelve a escandalizar a la humanidad cuando dice que el consciente no es dueño de su fe ni capitán de su alma, sino que es víctima de sus propios impulsos inconscientes.

El psicoanálisis, como otras ciencias, ha dado origen a ciertas teorías que derivan de los datos de la observación y que procuran ordenar y explicar éstos. Es una rama de la psicología general y comprende las partes que constituyen, con mucho, las contribuciones más importantes aportadas a la psicología humana hasta la fecha. Cueli y cols. (1995).

Es importante apreciar que la teoría psicoanalítica abarca tanto el funcionamiento mental normal como el patológico. Las teorías psicoanalíticas se relacionan con lo normal tanto como con lo anormal, aunque hayan derivado principalmente del estudio y tratamiento de lo anormal.

Los fundamentos más relevantes de su teoría son: el establecimiento del aparato psíquico (ello, yo, y superyo), los mecanismos de defensa, el método de asociación libre, las pulsiones (Eros y Thanatos), los sueños como material inconsciente, trabajos sobre la angustia, etc.

Escuela Americana de las Relaciones Objetales:

Uno de sus más grandes representantes es Kenberg, sus principales aportaciones se expresan con respecto a las relaciones de objeto:

Es decisiva la relación temprana con la madre y luego con el padre. No se piensa en términos de impulsos que buscan descargarse (o por lo menos, no exclusivamente así), sino en una necesidad de contacto con el objeto primario, ya sea para seguridad, identificación, tranquilidad, unidad del self, humanización en procesos de fusión y separación.

La patología, sobre todo la más grave, se origina en esos estadíos del vínculo inicial del bebé con su madre.

El complejo de Edipo, al igual que el superyo, tiene como antecedente las etapas y necesidades de los primeros períodos de vida.

Kenberg se ocupa de esta problemática, decisiva en el psicoanálisis de los últimos treinta años, y formula las siguientes proposiciones principales.

1. La introyección, la identificación y la identidad del yo son tres niveles del proceso de internalización de las relaciones de objeto en el aparato psíquico. A los tres se les definirá sucintamente como sistemas de identificación.

2. Todos estos procesos de internalización consisten en tres componentes básicos: a) imágenes objetales o representaciones de objeto, b) imágenes del self o representaciones del self, y c) derivados o disposiciones pulsionales a estados afectivos específicos.

3. La organización de sistemas de identificación sucede primero en un nivel básico (primitivo) de funcionamiento del yo, en el cual la escisión es el mecanismo crucial para la organización defensiva del yo. Posteriormente se alcanza un segundo nivel de organización defensiva del yo, más avanzado, en el cual la represión toma el lugar de la escisión como el mecanismo central.

4. El grado de integración del yo, así como del superyo depende del grado en el cual la represión y los mecanismos aliados han reemplazado a la escisión. Kenberg (1976).

Teorías de las relaciones de Objeto (Escuela Inglesa).

Una de las principales exponentes de esta teoría fue Melanie Klein. El psicoanálisis en Gran Bretaña fue iniciado por Ernest Jones, con la fundación de la sociedad inglesa de psicoanálisis en 1913, intento que no fructificó debido a las

presiones del grupo jungiano. Fue reconstituida en 1919 y Jones fue su presidente hasta 1944.

Lo peculiar del grupo ha sido la existencia de tres grupos desde la década de los treinta: el primero encabezado por Melanie Klein, el segundo por Anna Freud, y el tercero por otros psicoanalistas.

Para Klein, el concepto de instinto tiene un papel destacado en el desarrollo de sus teorías. Define las fantasías inconscientes como la expresión mental de los instintos y señala su presencia desde el principio de la vida.

La formación de las fantasías (según Klein) es una función del yo; es la expresión instintiva por medio del yo, lo que implica que éste es capaz de formar relaciones objetales primitivas impulsado por los instintos y por la ansiedad. Las fantasías inconscientes determinan, asimismo la interpretación de la realidad, aunque ésta influye secundariamente en ellas. La fantasía tiene también funciones defensivas, pues la gratificación derivada de las fantasías contrarresta la frustración del mundo externo.

Klein aborda el estudio de las relaciones objetales para lo cual distingue dos periodos durante el primer año de la vida, a los que llamó *posiciones esquizoparanoide y depresiva*, donde el papel jugado por los instintos es primordial.

La posición esquizoparanoide, debe su nombre a las dos experiencias que, según Klein, aparecen al principio de la vida. Desde su posición instintivista, elabora su concepción de la psique a partir de la existencia de dos instintos fundamentales: Eros y Thanatos, los cuales en el principio se encuentran separados, es decir: Tienen existencias independientes; y son vividos como dos fuerzas separadas con las que él yo debe lidiar mediante los mecanismos de proyección, introyección y escisión. Segal (1964).

Lo más importante de esta fase, es que describe un estadio de la mente en el cual coexisten impulsos opuestos, que determinan el funcionamiento del yo fragmentado, escindido,

con características paranoides, con el consecuente uso de defensas primitivas: proyección, introyección y negación; y su alteración es un punto de fijación al que, si se regresa, se presentan fenómenos psicóticos. Citado en Cueli y Cols. (1995).

Klein describe la posición depresiva como la fase del desarrollo en la que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con él. Desde el punto de vista de la teoría de los instintos, esto es posible porque la separación de los instintos deja su lugar a la fusión de los mismos, es decir: que ambos instintos, de vida y de muerte, se orientan hacia el mismo objeto; y se presenta, por consiguiente, la ambivalencia. En la posición depresiva, las ansiedades brotan de la ambivalencia.

La principal es la ansiedad, producto del temor del bebé de que sus impulsos destructivos aniquilen al objeto amado del que depende totalmente.

El reconocimiento de sus impulsos destructivos ante su objeto amado le causan culpa y ésta a su vez, depresión y un sentimiento de desesperación. Esta experiencia repetida le lleva a utilizar defensas de dos tipos: reparación y defensas maníacas. La reparación, que implica la posibilidad de elaborar el duelo, el dolor por la pérdida, conduce a una mayor integración del yo.

En cambio en la defensa maníaca, que surge cuando la culpa y la pérdida resultan intolerables, la relación con el objeto se caracteriza por el control, el triunfo y la omnipotencia.

Lograr el control del objeto es una manera de negar la dependencia que se tiene de él, obligándolo a satisfacer, a la vez, tal dependencia. Un objeto controlado es un objeto con el que se puede contar. Segal (1964).

Otros de los temas importantes de su teoría son: la envidia, el complejo de Edipo temprano, el objeto bueno y malo, con relación al pecho, etc.

Teorías Humanistas

Uno de sus principales exponentes es Carl R. Rogers nació en 1902, en Oak Park, Illinois. Conocido internacionalmente por sus publicaciones e influencia personal, murió en La Jolla, California, el 4 de febrero de 1987. Durante más de cuatro décadas dio origen al enfoque centrado en la persona, teoría que cuestionó a la psicología como ciencia y como profesión.

Revolucionó la práctica psicoterapéutica, la educación, y el campo de las relaciones interpersonales. Lafarga (1986). Citado por Cueli y Cols (1995).

Entre sus publicaciones principales destaca: Counseling y psicoterapia, El proceso de convertirse en persona, La psicoterapia centrada en el cliente, El matrimonio y sus alternativas. El poder de la persona, etc.

Rogers señala que antes de proceder a la exposición de su teoría es importante describir algunas de las interrelaciones entre los diversos aspectos de las formulaciones teóricas. El primero de ellos, es el que se vincula con los hechos observados y está más apoyado por los elementos de prueba, es la teoría de la psicoterapia y del cambio de personalidad, creada con el propósito de ordenar los fenómenos de la terapia de acuerdo con las experiencias.

La elaboración de unas y otras propició una teoría de la personalidad. Tal teoría tenía por objeto poner en disposición un medio que permitiera comprender, aunque sólo fuera de forma provisional, al organismo humano y la dinámica de su desarrollo, es decir: comprender mejor el fenómeno representado por la persona que solicita servicios terapéuticos.

Durante los últimos años se procuró esbozar la imagen del objeto final de la terapia: la persona creativa al máximo, es decir, la persona humana en funcionamiento pleno.

TEORÍAS NOMOTÉTICAS CONDUCTUALES

Uno de sus principales representantes es el conocido Burrhus Frederick Skinner, el cual ha ejercido gran influencia sobre la psicología al reformar muchos puntos de vista tradicionales. Este científico es un conductista ardiente, convencido de la importancia del método objetivo, del rigor experimental, de la capacidad de la experimentación sofisticada y de la ciencia inductiva para resolver los problemas conductuales más complejos.

Un aspecto distintivo de Skinner es el disgusto que siente por la teorización formal y el rechazo de la aproximación Hulliana del aprendizaje, en términos de teoremas y postulados. Otro aspecto distintivo de su postura es la importancia que le da al estudio de respuestas que no son necesariamente provocadas por cualquier estímulo (operantes) sino que están fuertemente influidas por las consecuencias de las propias respuestas (reforzamiento).

Los principios de Skinner se derivan de la experimentación precisa. Demuestra más respeto por los datos bien controlados que cualquier otro teórico. A pesar de su gran preocupación por la observación controlada, no se inhibe al generalizar sus descubrimientos experimentales y sus leyes, lo más ampliamente que puede.

El hincapié puesto en las operantes, más que en las respondientes, constituye otro aspecto distintivo de su aproximación al estudio de la conducta. Skinner piensa que la psicología debería enfocar su atención hacia los sucesos conductuales simples antes de intentar comprender y predecir los complejos. (Cueli y Cols, 1995).

TEORÍAS NOMOTÉTICAS PERSONALES

El trabajo de Hans Jurgen Eysenck se caracteriza por un duro desdén de las preconcepciones existentes y las convicciones concernientes a la personalidad, y por una buena disposición para estudiar la conducta en gran escala, con la aplicación de técnicas en áreas donde comúnmente no han sido aplicadas. Combina las técnicas cuantitativas con el interés en el estudio del fenómeno de la personalidad en un medio Psiquiátrico.

Este fenómeno intento de síntesis del procedimiento de la psicometría, con el conocimiento del médico, representa un punto de vista valioso y distintivo. Eysenck (1952), ha mostrado preferencia por concepciones que son simples y relativamente operacionales. Está convencido de que en su amplio trayecto, la teoría y el experimento deben ir juntos, y que las teorías que llevan un exceso de términos no definidos deben desaparecer.

La base de lo que Eysenck ve en la psicología, se deriva de su convicción de que la medida es fundamental en todo avance científico. Cree que en psicología no estamos todavía seguros de qué deberíamos medir.

Si nuestra máxima tarea es suministrar por lo menos una solución provisional al problema taxonómico en la investigación de la personalidad, entonces estamos involucrados automáticamente en el problema de encontrar dimensiones de personalidad apropiadas. Y como método para ayudarnos en esta solución, debemos volver al análisis factorial, porque a pesar de las ya conocidas dificultades y debilidades de este método, no existe en el presente grado de nuestro conocimiento otro método que pudiera ayudarnos en nuestra búsqueda. Eysenck (1952).

La convicción de Eysenck de que la mayoría de las teorías de la personalidad están recargadas de variables complejas y no definidas, unida al uso del análisis factorial, ha producido un modelo de personalidad que se caracteriza por un pequeño número de dimensiones principales, las cuales están definidas con gran cuidado. Define a la personalidad de acuerdo con la definición de Allport como:

La suma total de patrones conductuales, actuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y por el medio social; se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de los cuatro sectores principales dentro de los cuales están organizados estos patrones de conducta: el sector cognoscitivo (inteligencia), el sector conativo (carácter), el sector afectivo (temperamento) y el sector somático (constitución). Eysenck, (1947). Citado por Cueli, (1995).

1.4 TEORÍA DE LOS RASGOS Y FACTORIAL

Las teorías que tienen como base el estudio de los rasgos, utilizan métodos estadísticos de control para definir aquellas características de la personalidad que son comunes o se comparten con un determinado grupo social; utilizan para ello un gran número de dimensiones y/o factores.

Para explicar de manera más adecuada los cambios de la conducta es pertinente tomar en cuenta las variables contextuales, las consistencias en las conductas de la misma persona en diferentes ambientes y las interrelaciones que se establezcan. A dichas consistencias se les conoce como características, hábitos o rasgos.

Para determinar la variabilidad de la conducta a partir de la premisa señalada, se deben establecer aquellas consistencias, características, hábitos o rasgos de la conducta que no estén definidas por variables contextuales. No es de extrañar que las diferentes teorías de la personalidad propongan sus propias listas de rasgos y las supuestas interrelaciones entre las características a fin de poder clasificar las conductas interpersonales.

Cueli y Reidl (1972), dicen que se puede describir una personalidad por su posición en un número determinado de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo. Para sustentar estas afirmaciones, es necesario contar con un instrumento psicológico que permita medir y evaluar los rasgos previamente definidos en un grupo determinado de sujetos que funcionen como norma estadística, de tal manera que al aplicarlo a una persona específica sea posible establecer qué tanto posee de algún rasgo en particular.

Desde esta perspectiva, el individuo es descrito cuantitativamente con relación a ciertos rasgos comparados con otros sujetos. El resultado cuantitativo de estas comparaciones puede ser una gráfica denominada psicograma, dependiendo del instrumento de medición psicológica que se esté utilizando.

Uno de los instrumentos más utilizados en la medición de los rasgos de personalidad es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

Allport (1974), dice que la personalidad está constituida por rasgos, algunos de ellos son únicos y particulares; en cambio otros son comunes y se encuentran en mayor o menor grado en todos los seres humanos. Sin embargo, para comprender en su totalidad a la personalidad, es necesario considerar las semejanzas entre los individuos y además, las características únicas de cada persona en particular.

Esta singularidad de su teoría la coloca tanto en la clasificación de las ideográficas como en las nomotéticas. Se puede considerar ideográfica por la importancia que da el estudio de casos, y nomotética porque afirma que en cada persona existen rasgos comunes, en mayor o menor grado, a los de los demás.

Allport, en (1974), definió el rasgo como “un sistema neurológico (peculiar al individuo) generalizado y localizado, con la capacidad de convertir funcionalmente muchos estímulos en equivalentes y de iniciar y guiar formas similares de conducta expresiva y adaptativa.

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 Spranger.

Los rasgos, dice Allport, son modos de adaptación asentados sobre disposiciones neuronales 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.

Allport (1974), 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, a las respuestas que serán formuladas, las 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 muchos estímulos y de iniciar y conducir formas consecuentes y equivalentes de conducta adaptativa y expresiva.

Cueli y Reidl (1972), añadieron que el rasgo individual es una verdadera característica porque los rasgos se dan siempre en individuos y no en la comunidad; y se desarrollan y generalizan hasta llegar a ser disposiciones dinámicas de modos únicos que varían de acuerdo con las experiencias de cada sujeto.

Para Allport el estudio de los rasgos comunes tiene siempre una utilidad, toda vez que éstos no sean considerados como aspectos definitorios exclusivos de la individualidad de la persona.

Esta aseveración concuerda con el punto de vista de otros autores en lo que al análisis de la personalidad de un individuo se refiere. Rivera y Cols. (1987), en las consideraciones que hace de la aplicación del MMPI y su interpretación, advierte que las características de una autodescripción deben considerarse con base en sus relaciones internas, como en la posibilidad de que sean comparadas con los resultados estadísticos obtenidos del estudio de grupo.

Partiendo de esto, el MMPI, por ser un instrumento autodescriptivo con un nivel de medición intervalar, permite, en efecto, evaluar los rasgos de personalidad desde dos ángulos: cualitativa y cuantitativamente.

La parte cuantitativa proporciona información tanto de la severidad con la que un rasgo se acentúa en la personalidad (por la elevación de cada escala), como sobre la comparación de las características de un sujeto con otros de su mismo grupo o de otros grupos sociales.

El aspecto cualitativo del inventario debe interpretarse sobre la base de los elementos clínicos y psicodinámicos que proporcionan cada una de las escalas y de las combinaciones con que se relacionan.

Allport (1977), encontró que en la lengua de cualquier pueblo civilizado hay de tres mil a cinco mil palabras referentes a rasgos de la personalidad.

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 tales como: celoso, inquisitivo, cruel y cínico.

Una actitud es un rasgo de la personalidad con significado social, político, o religioso, como en el caso de liberal o piadoso. Un rasgo de la personalidad con significado ético o moral sería honrado o 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 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 es el inverso del otro, por ejemplo insensible-hipersensible, cortés-descortés, etc.

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. Asimismo, existen rasgos singulares que sólo corresponden a un individuo particular.

Hace la discriminación entre rasgos superficiales, que representan grupos de variables que operan en conjunto, y rasgos fundamentales que representan variables subyacentes.

Resulta difícil medir la personalidad completamente si para ello tenemos que estimar tantos rasgos como individuos. Además, todos los rasgos de personalidad continuamente varían en grados. Sin embargo, la psicometría ofrece, a través de los tests de personalidad, bastantes mediciones siendo de gran ayuda para la psicología en general.

TEORÍA FACTORIAL

El presente estudio se apoya principalmente en la teoría de los rasgos y factorial. El instrumento en el que se basa la investigación (MMPI) tiene sus bases en éstas teorías. Por esta razón se enunciarán los principales conceptos así como sus exponentes.

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 que 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 una medida significativa y cuantificable de la conducta. Estas mediciones inicialmente 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). Citado por Cueli y Cols (1995).

Este análisis no solo aísla los factores fundamentales; si no 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 Rasgos” porque traslada las ideas psicológicas a las formas matemáticas.

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).

CAPITULO II

MMPI Y ESCALAS SUPLEMENTARIAS

2.1 INTRODUCCIÓN:

La investigación que se llevará a cabo es con referencia al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota. Aunque mucho se ha estudiado e investigado sobre el MMPI, existen aspectos del mismo que no se han trabajado en México, como es el caso de las Escalas Suplementarias. Por tal motivo esta investigación tiene la finalidad de aportar información con relación a las Escalas Suplementarias y servir de base para estudios posteriores. Existen muchos estudios publicados con el MMPI, pero sólo se refieren a las escalas de validez y clínicas básicas.

Otro aspecto central es la población con la que se realizará la investigación ya que debido al tamaño y a las características de la misma: edad, escolaridad, ocupación, y nivel socioeconómico, se pueden obtener resultados e información relevante con relación a las mujeres mexicanas.

El MMPI es un instrumento auto-descriptivo, elaborado inicialmente para detectar síndromes psiquiátricos severos. En la actualidad es una excelente técnica para evaluación de la personalidad. Su alcance se amplía aún más al trabajar con las Escalas Suplementarias.

Entre los diferentes tipos de instrumentos psicológicos se encuentran las pruebas estandarizadas tipo inventario de las cuales forma parte el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) que, desde su aparición en 1940, ha sido objeto de múltiples investigaciones.

Su uso se ha implantado con arraigo no sólo en ambientes clínicos, sino también en industriales y educativos. Hathaway y Mckinley (1940).

Una fuerte limitación del inventario fue que en México nunca se estandarizó ni adaptó; y, aunque se obtuvieron normas para algunas poblaciones, se seguían utilizando las normas y perfiles Norteamericanos, a pesar de que se había visto que no eran las idóneas para la población Mexicana. Lucio y Reyes (1994).

En México era imprescindible entonces contar con grupos normativos representativos de la población real, pues se han empleado como marco de referencia los grupos normativos tan cuestionados en Estados Unidos Lucio y Reyes (1994).

Con base en lo anterior, sustento la importancia que tienen el obtener las medias y desviaciones estándar en la muestra Mexicana, para las Escalas Suplementarias, además que se han utilizado muy poco en México. Es importante mencionar que Colligan y Cols, investigaron catorce escalas suplementarias y en esta investigación se tomaron en cuenta las catorce, aunque se enfatizan los resultados de siete, por ser las más frecuentemente utilizadas en Estados Unidos, debido a que han mostrado mayor validez y confiabilidad.

Estas escalas son:

Ansiedad (A)

Represión (R)

Fuerza del Yo (Fyo)

Hostilidad reprimida (Hr)

Dominancia (DO)

Responsabilidad Social (Rs)

Alcoholismo de Mac. Andrew (MAC)

Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom (1975) presentaron más de 450 escalas adicionales en el MMPI original. Éstas tienen denominaciones muy diversas que van de las más tradicionales,

como la dominancia, ansiedad y represión, a otras más inusitadas, como la del éxito en el béisbol y la subcultural del Yeshiva College.

También difieren grandemente en la forma en que fueron construidas y el grado en el que han sido investigadas a través de validación cruzada. La mayor parte de las escalas adicionales no tienen una adecuada validez cruzada y, por lo tanto, no son idóneas para uso clínico rutinario.

En los últimos años se han usado las escalas adicionales que hace 20 años aproximadamente, Dalhstrom y Welsh (1975), incluyeron en uno de los apéndices del manual del MMPI.

Las catorce escalas suplementarias que se observaron en los perfiles modernos Norteamericanos del MMPI según Colligan, Osborne and Offord (1983) son las siguientes:

Ansiedad (A) (A)
Represión (R) (R)
Fuerza del yo (ES) (Fyo)
Ansiedad Manifiesta (MAS) (MAS)
Lumbalgia (Lb) (Lb)
Caudalidad (Ca) (Ca)
Dependencia (Dy) (Dy)
Dominancia (DO) (DO)
Responsabilidad Social (RE) (RS)
Prejuicio (Pr) (Pr)
Posición Social (St) (St)
Control (Cn) (Cn)
Alcoholismo de Mac Andrew (MAC) (MAC)
Hostilidad reprimida (O-H) (HR)

Además de éstas Escalas, se cuenta también con las Escalas de Harris y Lingoës, las de Wiggins y las de Tyron, Stein y Chu (TSU), que son alrededor de 70 escalas especiales (Núñez, 1979).

Al analizar en el capítulo anterior las definiciones y teorías de la personalidad, se concluye que son temas muy complejos debido a la diversidad de enunciados. Sin embargo, los psicólogos especialistas en la personalidad investigan ante todo las cuestiones relacionadas con 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 esfuerzos por describir y medir la personalidad y otras, por comprender y tratar a los pacientes con trastornos de la personalidad internados en clínicas.

Es evidente que resulta imposible medir la personalidad completamente si para ello tenemos que estimar tres mil rasgos. Todos los rasgos varían en grados. Sin embargo existen una gran cantidad de pruebas psicométricas para la evaluación de tipos y rasgos de la personalidad.

Pruebas como el MMPI, surgidas de la Psicopatología, han sido aplicadas en la evaluación de rasgos de la personalidad, enfoque utilizado en esta investigación.

2.2 DESARROLLO DEL MMPI

En la década de los 40's, Hathaway y McKinley, en su práctica profesional, descubrieron que no eran suficientes, para realizar un buen diagnóstico, la entrevista psiquiátrica y el examen mental y desarrollaron un inventario de personalidad Psicométrico, objetivo, de lápiz y papel y de aplicación grupal o individual. Pensaron que sería más eficiente y rápido obtener un psicodiagnóstico a través de una prueba psicométrica.

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, en el cual mencionaban los pasos que siguieron para redactar los reactivos del 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 en casos y reportes psicológicos, de medicina general, neurológicos y psiquiátricos; así como en escalas antiguas de actitudes personales, sociales y emocionales.

Con la introducción del método empírico, las respuestas individuales a los reactivos de la prueba fueron tratadas como desconocidas. Se utilizó un análisis empírico de cada reactivo para identificar aquéllos que se diferenciaban entre grupos criterio. Esta aproximación superó muchas de las dificultades asociadas a la más temprana y subjetiva aproximación.

La mayoría de los inventarios de personalidad han sido contruidos 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 fase; 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. Hathaway y Mackinley (1940).

La lista original contaba con 1200 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 las respuestas de los sujetos normales con las de los clasificados en grupos, para determinar qué grupos de pacientes serían clasificados en una escala particular. Su enfoque se llamó "ciego o empirismo de desecho". Butcher y Cols. (1989).

La base de la prueba consistía en comprobar que, si un grupo de personas son similares en su conducta, deberán ser similares las respuestas sobre ellos mismos; Por lo tanto serían semejantes en otros aspectos. De aquí que ciertas características de su personalidad sean sugeridas cuando los sujetos respondieran de acuerdo a las contestaciones de un grupo ya identificado. De esta manera se produjeron las escalas clínicas del MMPI, de una amplia generalidad en diversos ambientes. El inventario fue diseñado para personas mayores de los 16 años; con un nivel bajo de lectura (sexto grado). Originalmente se llamó "Registro Multifacético de la Personalidad" Hathaway y McKinley (1940).

El contenido de los reactivos se refería a aquellos desórdenes psiquiátricos y neurológicos en los que se interesaban los investigadores; a los que se sumaron 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 clínicos 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, esquizofrenia e Hipomanía, hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia.

El trabajo realizado por Hathaway fue en su época muy importante y exhaustivo, ya que no se contaban con los adelantos técnicos que actualmente existen.

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 las escalas clínicas. Estas normas para la prueba se usaron en los perfiles estándar del MMPI en los Estados Unidos y en muchos otros países.

La primera traducción en español fue realizada en Cuba. En México se hizo otra traducción por Hathaway y Mena. Otra traducción al español se realizó en Puerto Rico, que el mismo Hathaway revisó. Esta traducción fue revisada y adaptada en México, para América Latina, por Núñez; y publicada en 1967 por El Manual Moderno S.A. (Núñez 1979).

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

La muestra de sujetos normales estuvo limitada debido a la depresión económica que se vivía en ese tiempo. Los autores se vieron obligados a utilizar menos de la tercera parte de lo 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 entre los 16 y 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 reactivo de cada grupo clínico, a fin de identificar los reactivos que diferenciaban significativamente el grupo clínico específico, otros grupos clínicos y el grupo de sujetos normales.

Hathaway y McKinley (1940) creían que la mejor forma de saber qué perturbaba a un individuo, era preguntárselo a través de preguntas directas. En consecuencia, eligieron las afirmaciones del inventario con las que la persona podría estar de acuerdo o en desacuerdo, usando la respuesta “verdadero” ó “falso”. Este enfoque involucró una tarea clara de autoadministración que podía ser constatada por individuos con un nivel relativamente bajo de lectura (6o grado) y en relativamente poco tiempo, (generalmente una hora y media).

Hathaway y MacKinley pensaron que los pacientes que contestaban los reactivos del MMPI en forma similar tenían diagnósticos más parecidos que aquéllos que lo hacían de forma diferente. Por ejemplo, un individuo que marcaba muchos síntomas con relación a depresión era probablemente más parecido a otros pacientes deprimidos que a otros grupos

clínicos. También pensaron que los individuos que marcaban más síntomas de un tipo particular, podían tener problemas más serios que aquéllos que reportaban menos síntomas.

Para cuantificar esta relación entre el número de síntomas psicológicos y la similitud del diagnóstico, desarrollaron escalas por medio de las cuales los individuos podrían ser comparados en variables particulares. Un grupo de reactivos respaldados en una dirección definida constituye una escala.

Las escalas de MMPI fueron concebidas como dimensiones cuantificables que reflejan problemas particulares tales como depresión ó hipocondriasis (Lucio Ampudia y Durán 1995).

El método empírico de construcción de escalas de Hathaway y McKinley produjo las escalas clínicas del MMPI de una generalidad amplia en diversos ambientes (Graham, 1990) y en los límites nacionales (Butcher y Pancheri, 1976). Como se mencionó anteriormente, el MMPI llegó a ser una importante medida de criterio en el estudio objetivo de la Psicopatología. Citado en Ampudia (1994).

Starke Hathaway (1965), enumeró varias características estructurales del MMPI. Pensó que, agregadas a su validez, habían contado por su popularidad con la posibilidad de detectar algunas respuestas indeseables, la detección de puntajes invalidados tales como: aquéllos por problemas de lectura, el uso de lenguaje simple, la sencillez de su administración y corrección y, finalmente, la familiaridad clínica general con las variables de los perfiles. Citado en Ampudia (1994).

Otras cualidades que contribuyeron a la aceptación del MMPI como un buen instrumento de evaluación psicológica, es que proveía evaluaciones confiables; esto es: que los puntajes eran consistentes a través de diferentes administraciones, como lo señaló Hathaway (1965).

2.3 ESCALAS DE VALIDEZ Y CLÍNICAS

El MMPI también hizo posible evaluar la credibilidad del autoreporte de una persona, a través del uso de las escalas de validez. Otra característica importante era que los puntajes de una persona en una escala del MMPI podían ser interpretados dentro de un marco normativo (por ejemplo, el individuo en consideración, podía ser comparado con otros sujetos para determinar si sus puntajes eran bajos o altos; si sus puntajes eran extremos comparados con las normas; o si sus puntajes estaban dentro del patrón de un grupo conocido de trastornos psicopatológicos).

La primera escala del MMPI se desarrolló basándose en un contraste sistemático entre las respuestas que dio un grupo de pacientes neuróticos que manifestaban desórdenes hipocondríacos, con las respuestas que dieron los del grupo de personas no pacientes que visitaban el hospital. Los reactivos que fueron contestados de manera diferente, hasta un grado estadísticamente significativo, se identificaron y combinaron para hacer una escala preliminar que midiera la hipocondriasis (McKinley y Hathaway, 1940). 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 separar a los pacientes de los no-pacientes.

Se llevaron a cabo más estudios utilizando contrastes y validaciones cruzadas con otros grupos de pacientes neuróticos que presentaban histeria de conversión y reacciones depresivas (McKinley y Hathaway, 1942). Se desarrollaron tres escalas más usando pacientes que manifestaban desórdenes psicóticos: psicosis maniaco-depresiva, fase maníaca (McKinley y Hathaway, 1944), paranoia y esquizofrenia (Hathaway, 1956). Citado en Ampudia (1994).

Se agregó un grupo básico de escalas clínicas del MMPI como la de desviación psicopática (McKinley y Hathaway, 1944) y la de masculinidad-femineidad (Hathaway, 1956). Más tarde se agregó una décima escala, la de introversión social, que se desarrolló en la Universidad de Wisconsin por L.E.Drake (Drake, 1946; Drake y Thiede, 1948). Citado en Ampudia (1994).

No fue fácil conseguir grupos de no pacientes para hacer las validaciones cruzadas, por lo tanto las normas se establecieron sólo 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 insuficiente de adultos de varias áreas regionales, de diferentes medios culturales y de grupos étnicos y raciales, ya que se reclutaron muy pocos negros, nativos (indios americanos) y otros grupos minoritarios, pues el muestreo no fue 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, además de tres indicadores de validez para las respuestas del sujeto.

Cuando se publicó el MMPI en 1942, Hathaway y Mckinley le proporcionaban al usuario tres indicadores con respecto a la validez de las respuestas de cualquier sujeto que contestara la prueba: el número de reactivos que se dejaban sin contestar (escala de "no sabría decir" o "no sé"); una medida de representación del rol defensivo (escala de mentira L), y una medida de desviación extrema o de contestación al azar (escala de respuestas atípicas F). Estos indicadores ayudaban al usuario de la prueba a evaluar la posibilidad de que el registro de la prueba no sirviera o se hubiera echado a perder porque el

sujeto, de una manera u otra, hubiera dejado de cumplir con las instrucciones de la prueba Graham, (1987).

Después se agregó un cuarto indicador, la escala K (de corrección), (Meehl y Hathaway, 1946; Mckinley, Hathaway y Meehl,1948) para evaluar la posibilidad de que el sujeto hubiera contestado la prueba de una manera hábil, pero manipulando los reactivos, ya sea para esconder (puntaje alto de K), o exagerar sus problemas y dificultades (puntaje bajo de K). Graham, (1987).

Además de que la escala K actúa como una de las escalas del grupo de indicadores de validez, el puntaje de dicha escala K puede utilizarse para aumentar la corrección de cinco de las escalas clínicas.

Se usaron los datos arrojados por el grupo de hombres y mujeres no pacientes del Estado de Minnesota para convertir el puntaje crudo a escalas lineales T para las escalas de validez y escalas clínicas. Estas normas para la prueba se han usado en los perfiles estándar del MMPI de los Estados Unidos y en muchos otros países. También se han desarrollado normas especiales para algunas traducciones del MMPI (Butcher y Pantcheri, 1976). Cita Ampudia (1994). Además, se desarrollaron conjuntos de diferentes normas para sujetos adolescentes estudiantes de licenciatura y para personas de edad avanzada (Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom 1972); en cada una de éstas formas se empleó la estructura de la escala para el perfil estándar. Graham,(1987).

LAS ESCALAS DE VALIDEZ DEL MMPI

Hathaway y McKinley desarrollaron también cuatro escalas denominadas escalas de validez, cuyo propósito era detectar actitudes desviadas al realizar el test.

Escala "No puedo decir"

Es simplemente el número total de reactivos del MMPI que fueron omitidos o respondidos simultáneamente como cierto y falso. Obviamente, la omisión de un gran número de reactivos, los cuales tienden a bajar los puntajes de las escalas clínicas, hacen dudar acerca de la interpretación de todo el perfil resultante.

Escala L (de mentiras)

Hathaway y McKinley (1965), Introdujeron la escala L (mentira), para valorar la posibilidad de que el sujeto abordara la prueba con esta actitud en mente. Con relación a éste indicador, como sugirieron las investigaciones (Hartshorne, May and Shuttleworth, 1930), Hathaway y Mckinley redactaron unos reactivos que proporcionan al sujeto la oportunidad para negar faltas menores y defectos de su carácter que la mayor parte de las personas están dispuestas a admitir como ciertas. Aunque la escala L puede reflejar engaño en la situación de prueba, no se puede considerar como la medida de la tendencia de éstas personas a mentir o engañar a otros en sus actividades diarias. Más bien sirve como un índice de la posibilidad de que un protocolo de prueba dado ha sido distorsionado por un estilo particular de responder al inventario.

Escala F (respuestas atípicas)

En el MMPI esta escala se compone de 64 reactivos que fueron seleccionados examinando la frecuencia de las respuestas a cada reactivo por el grupo normal de Minnesota. Identifican a aquéllos que tenían una dirección particular de menos del 10% de los normales. Obviamente, a causa de que pocas personas normales responden a un reactivo en esa dirección, una persona que lo responde de manera elevada estará presentando una desviación en su respuesta. Un gran número de tales respuestas hace dudar acerca de qué tanto el sujeto entendió las instrucciones de la prueba al momento de responder.

Escala K (de Corrección)

Esta escala fue conformada por Meehl y Hathaway (1946), para identificar la defensividad clínica. Se observó que algunos sujetos claramente anormales, que contestaban el MMPI, obtenían puntajes en las escalas clínicas no tan elevados como era de esperarse de acuerdo a su estatus clínico.

Los reactivos de la escala K de corrección fueron seleccionados empíricamente por comprobación de respuestas de un grupo de pacientes con Psicopatología, (pero que obtenían puntajes normales en las escalas clínicas del MMPI), con las respuestas de un grupo de sujetos que obtenían puntajes normales y en los cuales no había indicadores de Psicopatología. Un puntaje alto en la K indica defensividad y duda acerca de las respuestas de esa persona en todos los demás reactivos. La escala K también se utilizó para desarrollar un factor de corrección para algunas de las escalas clínicas.

Meehl y Hathaway (1946), pensaron que, ante el efecto de una actitud defensiva al resolver la prueba, tal como lo refleja la elevación del puntaje de la escala K, se debería poder determinar la extensión en la cual puntajes de las escalas clínicas deberían ser elevados a fin de poder reflejar de forma más exacta la conducta de la persona.

La escala K de corrección es la más compleja de los indicadores de validez. El contenido de los reactivos cubre una extensión de características que muchos individuos prefieren negar acerca de ellos mismos o de sus familias. Sin embargo, muchos otros piensan que estos mismos atributos no son ofensivos y hasta los consideran positivos cuando se aplican a ellos mismos y a sus familias.

El uso de la escala K para corregir varias de las escalas clínicas del perfil está diseñado para permitir tomar en cuenta el impacto de estas orientaciones al contestar la prueba sobre los puntajes de las escalas componentes. Las escalas sin estas correcciones tienen reactivos que sirven para el mismo propósito que las correcciones K.

ESCALAS CLÍNICAS BÁSICAS DEL MMPI

***Escala 1 (Hs: Hipocondriasis).* Esta medida se desarrolló utilizándola con un grupo de pacientes neuróticos que mostraban preocupación excesiva acerca de su salud, que presentaban una variedad de quejas somáticas sin ninguna base orgánica y que rechazaban aceptar que estaban bien físicamente.**

Muchos de los reactivos que conforman esta escala reflejan síntomas particulares o quejas específicas, pero muchos otros reflejan una preocupación corporal general o un enfoque de la vida de estos individuos centrado en sí mismos.

Originalmente la escala era mucho más larga e incluía una escala especial de corrección para distinguir al paciente hipocondríaco de otros pacientes psiquiátricos. Posteriormente se acortó la escala y una fracción (.5) del puntaje crudo de la escala K se agregó al puntaje crudo de la escala 1 para sustituir a la escala original de corrección. Esta escala está constituida por 33 reactivos.

Escala 2 (D: Depresión). Esta escala se desarrolló trabajando con pacientes psiquiátricos con varias formas de depresión sintomática, principalmente los que tenían reacciones depresivas o que pasaban por un episodio maníaco-depresivo. Los reactivos que conforman esta escala reflejan no sólo los sentimientos de desmoralización, pesimismo y desesperación que caracterizan el estado clínico de los individuos deprimidos, sino también las características básicas de personalidad de hipersensibilidad, estándares personales altos e intrapunitividad. La escala original desarrollada por Hathaway y McKinley contenía 60 reactivos.

Escala 3 (Hi: Histeria). Esta escala fue construida con pacientes que exhibían alguna forma de desorden sensorial o motor, para el cual no se podía establecer ninguna base orgánica. Algunos de los 60 reactivos que componen la prueba reflejan éstas 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.

Escala 4 (Dp: Desviación Psicopática). Esta medida fue desarrollada en individuos que fueron referidos a un servicio psiquiátrico para evaluar por que tenían constantes dificultades con la ley, a pesar de no haber sufrido privación cultural, de poseer inteligencia normal y estar relativamente libres de desórdenes neuróticos o psicóticos serios. Algunos reactivos en esta escala implican la propensión de estas personas a reconocer este tipo de problemas; otros reactivos reflejan su falta de interés por la mayoría de los estándares sociales y morales de conducta. Hay 50 reactivos de la escala 4 en el perfil estándar; una fracción (.4) del puntaje crudo en la escala K es agregado al puntaje crudo de la escala 4. A través de esta escala pueden determinarse discordias familiares, problemas sociales, y auto-alienación.

Escala 5 (M/F: Masculinidad-Femineidad). Esta escala fue construida con hombres que buscaron ayuda psiquiátrica en sus esfuerzos para controlar sus sentimientos hacia la homosexualidad y confusiones sobre su rol de género. Los esfuerzos similares para desarrollar una medida de las divergencias de género en mujeres no fueron exitosos Hathaway, (1956). Los reactivos en esta escala cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que hombres y mujeres en general difieren.

Como las tabulaciones de puntajes T, en esta escala para mujeres corren de manera opuesta a aquéllas de los hombres. La escala 5 es esencialmente inversa para los dos sexos (con excepción de 4 reactivos que trabajan igual para ambos sexos).

Escala 6 (Pa: Paranoia). Esta escala fue desarrollada en pacientes que presentaban principalmente alguna forma de condición paranoide o estado paranoide. Pocos individuos con

paranoia completamente desarrollada estuvieron disponibles para ser considerados en la muestra (Hathaway, 1956). El contenido de los reactivos en la escala 6 refleja marcada sensibilidad interpersonal y tendencia a mal interpretar los motivos e intenciones de otros. El estar centrado en sí mismo y la inseguridad se incluyen en algunos de estos reactivos. Esta escala está compuesta por 40 reactivos.

Escala 7 (Pt: Psicastenia). Esta escala se construyó principalmente con pacientes que presentaban preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos o temores exagerados, descritos entonces como que sufrían de psicastenia (un debilitamiento del control mental sobre los pensamientos y acciones), pero que corresponde a la designación actual de **desorden obsesivo compulsivo**. Aunque parte del contenido de los reactivos se relaciona con varios asuntos sintomáticos, la escala en general refleja más bien ansiedad y angustia (o emotividad negativa), y también confusión de estándares morales altos y autculpa porque las cosas no salen bien, así como esfuerzos rígidos para controlar los impulsos. Está compuesta por 48 reactivos y en el perfil estándar se agrega el valor total del puntaje de la escala K al puntaje crudo de la escala 7.

Escala 8 (Es: Esquizofrenia). Esta medida se construyó con pacientes psiquiátricos, quienes manifestaban diversas formas de desórdenes esquizofrénicos. El esfuerzo inicial para crear una medida separada para las diversas formas de esquizofrenia fue un fracaso (Hathaway 1956). El contenido de los reactivos cubría un amplio rango de conductas extrañas, experiencias inusuales y características especiales de sensibilidad para estos sujetos. Quedaron un total de 78 reactivos en la escala 8 y el valor total de los puntajes de la escala K se le suma al puntaje crudo de esta escala en los perfiles estándar.

Escala 9 (Ma: Hipomania). Esta escala se construyó con pacientes que presentaban las primeras etapas de episodios maníacos o desórdenes maníaco-depresivos. (Las personas que manifestaban fuertes índices de psicosis resultaron típicamente imposibles de probar con este inventario, por inestables). El contenido de los reactivos de la escala 9 cubría algunas de las conductas de esta condición y de las características asociadas (ambición exagerada, extroversión y altas aspiraciones). Quedaron 46 reactivos en esta escala, y en los perfiles estándar, al puntaje crudo se les suma una fracción de .2 de los puntajes crudos de la escala K.

Escala 0 (Is: Introversión Social). Esta escala fue desarrollada por Drake (1946), en una muestra de estudiantes universitarios quienes puntuaron en los extremos de la escala del inventario de introversión y extroversión social ISE, introversión del pensamiento social y emocional (Evans y Mc Connell, 1941). Los puntajes arriba de la media en esta escala Si reflejan un incremento de los niveles de timidez social, preferencias por permanecer solo, y carencia de asertividad social. Los puntajes abajo de la media reflejan las tendencias contrarias: hacia la participación y ascendencia social. Esta escala está compuesta por 70 reactivos. De acuerdo a Núñez (1979).

2.4 DESARROLLO DE LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS

En los últimos años se han usado las escalas adicionales que hace 20 años, aproximadamente, Dahlstrom y Welsh, (1960), incluyeron en uno de los apéndices del manual del MMPI. En esa época eran 200 escalas; actualmente son más de 450 las escalas adicionales.

Hathaway y Briggs, (1957); Taylor, (1953); Dahlstrom, (1988); Peterson, (1989) y Gough. McClosky y Meehl, (1951), utilizaron dos escalas adicionales, mismas que calificaron por medio de computadoras. Aunque éstas escalas no se han investigado en países latinoamericanos, se recomienda su utilización porque ofrecen mayor información para la comprensión de la persona estudiada.

Las frases del inventario fueron incluidas en las escalas originales que diferenciaban empíricamente a los diversos grupos que se investigaron en la primera parte de la década de los 30's. No se le concedió mayor importancia al contenido de las frases que se identificaron en esta forma. Y Hathaway, (1956) no trató de verificar si las escalas así integradas eran homogéneas y consistentes entre sí. No obstante, los investigadores del MMPI, que posteriormente han originado otras escalas, han utilizado dos métodos principales al derivar dichas escalas basándose únicamente en 550 de las frases que integran el MMPI. Estos dos métodos son el lógico y el homogéneo (Núñez, 1979).

El método lógico consiste en reunir frases que, al ser analizadas, pueden evaluar el rasgo o característica investigada. Aunque los estudios de validación empírica pueden ser realizados posteriormente para determinar la relación entre las puntuaciones. Estas escalas miden las características sugeridas por el nombre que se le da a la escala, y

generalmente se utilizan sin validación empírica investigada más a fondo. (Núñez, 1979).

Otra opción para codificar las escalas especiales es el método homogéneo. En este caso, el investigador no tiene conocimiento a priori de las escalas que trata de elaborar. Toma un gran número de frases y las administra a un grupo de sujetos; las respuestas a las frases son intercorrelacionadas y la matriz de intercorrelación es sometida al método estadístico de análisis factorial. Los factores que surgen se consideran relevantes, puesto que han sido detectados por el inventario, y las escalas son construidas para evaluar las dimensiones de personalidad encontradas, seleccionando las frases del MMPI que tienen altas posibilidades en cada factor. Los resultados de estas escalas, seleccionadas por el método homogéneo, suelen tener una gran consistencia. Los nombres que se adjudican a las escalas están de acuerdo con el contenido de las frases de la escala especial, (Núñez 1979).

El propósito de estos dos métodos: el lógico y el homogéneo, es ofrecer un mayor conocimiento de estas escalas. Debido a que son alrededor de 450 las escalas especiales derivadas de estos métodos, solamente algunas de las escalas especiales se han considerado de mayor utilidad en la interpretación de los perfiles. Son escalas que surgieron de esfuerzos más completos en procesos de investigación. En la actualidad son muy utilizadas por los clínicos que trabajan con el MMPI (Núñez, 1979).

Actualmente se han realizado varios estudios con el MMPI-2 para las escalas suplementarias, tanto en Estados Unidos como en México. Estas escalas difieren de las que utilizó Colligan y Cols. (1983). En algunas características, tanto en número, como en la descripción de los reactivos, ya que fueron modificadas para la versión del MMPI-2. Cabe mencionar que las escalas suplementarias en el MMPI original eran descritas como escalas de investigación.

Butcher y Williams (1992) sugirieron las siguientes 13 escalas adicionales que integran el perfil de las escalas suplementarias en el MMPI-2 y se volvieron más familiares para el clínico, debido a que se mencionan rutinariamente por algunos servicios de calificación e interpretación del inventario.

Se ha adaptado una versión en español para México del MMPI-2, reportada por Lucio y cols. (1995).

A	- Ansiedad	A- MAC	- Alcoholismo Mac Andrew
R	- Represión	Dpr	- Desajuste Profesional
Fyo	- Fuerza del Yo	Rs	- Responsabilidad social
Fp	- F-Posterior	GF	- Rol del género femenino
Hr	- Hostilidad reprimida	GM	- Rol del género masculino
DO	- Dominancia	EPK	- Desórdenes de estrés Postraumático de Keane
		EPS	- Desórdenes de estrés Postrumático de Schlenger

Según Núñez y Graham, una razón primordial para seleccionar estas escalas para su calificación computarizada es porque se publicaron datos normativos para ellas. (Hathaway y Briggs, 1957); (Taylor, 1953). La información interpretativa para las puntuaciones altas y bajas en cada una de las escalas es en general la puntuación T mayor de 70, que se considera como alta y la menor de 40, baja. Entre más elevada sea la puntuación, mayor es la probabilidad de que se adjudique la información interpretativa (Graham, 1987).

Sin embargo, de las catorce escalas estudiadas por Colligan y Cols. Solamente se han investigado con más frecuencia y confiabilidad siete.

En la presente investigación, como se ha informado al inicio del capítulo, se investigaron las 13 escalas antes mencionadas, pero se enfatizan los resultados de 7, por ser las

que más se han estudiado y, por consiguiente, cuentan con una mayor validez y confiabilidad:

Escalas de Ansiedad (A).

Las escalas de validez y clínicas del MMPI se sometieron a un análisis factorial estadístico para reducirlas a sus denominadores más comunes, mostrando consistentemente dos dimensiones básicas (Block, 1965; Eichman, 1961-1962; Welsh, 1956). Welsh (1956) desarrolló las escalas de ansiedad (A) y represión (R) para evaluar esas dos dimensiones básicas. Cita Graham, (1987).

Al analizar factorialmente las puntuaciones del MMPI correspondientes a pacientes varones del servicio médico para excombatientes, Welsh & Welsh & Dahlstrom (1956) encontró un factor que originalmente se había denominado "Inadaptación general", que identificó posteriormente como la escala de Ansiedad. Desarrolló esta escala de ansiedad (A) para evaluar la primera dimensión que emerge cuando las escalas de validez y clínicas se analizan factorialmente. La escala de Ansiedad (A) tiene 39 reactivos en el MMPI.

Se desarrolló esta escala para evaluar el factor de ansiedad, identificando los reactivos que se relacionaban de un modo elevado con este factor. Esta escala originalmente se administró a nuevos grupos de pacientes psiquiátricos y se depuró utilizando procedimientos de consistencia interna. Los 39 reactivos, que por último fueron identificados estadísticamente con este método, constituyen la forma final de la escala (A). Welsh y Cols. (1956) sugirió a partir de un examen de los mismos, que los contenidos de los reactivos de la escala (A) caen en estas cuatro categorías: pensamiento y procesos de pensamiento; tono emocional negativo; falta de

energía y pesimismo; exagerada ideación. Los reactivos son codificados de manera que las puntuaciones altas en la escala (A) se asocien con una Psicopatología mayor.

En resumen, un individuo que obtiene puntuaciones altas en la escala (A), si proviene de una población normal, es una persona bastante infeliz. Si el individuo está en un ambiente Psiquiátrico, le corresponden denominaciones como neurótico, inadaptado, sumiso y excesivamente controlado. Debido a su insatisfacción, el que obtiene puntuaciones altas, por lo general no está motivado a cambiar con la psicoterapia.

El individuo que obtiene puntuaciones bajas en la escala A se caracteriza como extrovertido, competente, confiado y algo impulsivo. Aunque no es probable que experimente trastorno psicológico grave puede tener, o no, problemas de adaptación. Graham (1979).

Escala de Represión (R).

La construyó Welsh y Cols. (1956) para medir la segunda dimensión preponderante que surge del análisis factorial de las escalas (clínicas y de validez) básicas del MMPI. Un procedimiento similar al utilizado para desarrollar la escala A se empleó también con la escala R, resultando una escala final con 40 reactivos. Welsh sugirió los siguientes grupos basados en el contenido y actividad: reacciones ante las demás personas en circunstancias sociales; dominancia social, sentimientos de adecuación personal y apariencia personal; e intereses personales y vocacionales.

Lewisohn (1965) encontró que sólo se percibían pequeños cambios en las puntuaciones R durante la hospitalización psiquiátrica. Welsh (1956) mencionó que los datos proporcionados por Gough indicaban que en una muestra de sujetos normales las puntuaciones de la escala R se

correlacionaban positivamente con las escalas L, K, 1 y 2 del MMPI y se correlacionaban negativamente con la 9. Cita Graham (1987).

Duckworth y Duckworth (1975) describen a los que obtienen puntuaciones elevadas en la R como: rechazantes, racionalizadores y carentes de insight sobre sí mismos. Block y Bailey (1955), indicaron correlaciones extra prueba de las puntuaciones altas y bajas de la escala R. Cita Graham (1987).

En resumen: los que obtienen puntuaciones R altas son descritos como personas que no desean discutir su conducta ni sus problemas personales; que niegan y reprimen sus problemas emocionales. Son personas que se esfuerzan por evitar disgustos o situaciones desagradables. Quien obtiene puntuación R alta es un individuo que integra un estilo de vida cuidadoso y cauteloso.

Las personas que obtienen puntuaciones R bajas son sociables, emocionales y espontáneas en su estilo de vida. Dichos individuos adoptan un papel preponderante en las relaciones interpersonales.

Escala Fuerza del Yo (Fyo).

La escala de Fuerza del Yo (Fyo) la desarrolló Barron (1953), específicamente para predecir la respuesta de pacientes neuróticos a la psicoterapia individual. Los 68 reactivos se identificaron empíricamente del grupo de 566 reactivos del MMPI comparando las frecuencias de respuesta a los reactivos de 17 pacientes que se juzgaron independientemente con una mejoría notable después de 6 meses de psicoterapia con las frecuencias de respuesta de otros 16 juzgados sin mejoría, después del mismo tiempo de psicoterapia. Los reactivos de la

escala (Fyo) tienen que ver con el funcionamiento físico, aislamiento, actitudes hacia la religión, posición moral, adecuación personal y habilidad para enfrentamiento de fobias y ansiedades. Cita Graham, (1987).

Barron (1953) sugiere que la escala (Fyo), mide la “fuerza del ego latente” y la “calidad de integración de la personalidad”, y en general piensa que la escala proporciona una “estimación de la adaptabilidad e ingenio personal” y una medida de “eficiencia y funcionalidad personal” Cita Graham (1987).

Cabe señalar que los puntajes (Fyo), son a menudo elevados en perfiles que muestran evidencia de actitud defensiva sistemática. En tales circunstancias los puntajes (Fyo) altos no tienen generalmente, las mismas implicaciones positivas que los puntajes elevados en perfiles no defensivos.

Las personas que obtienen puntuaciones altas en la escala (Fyo), por lo general muestran un cambio de la personalidad más positivo durante el tratamiento que con puntuaciones bajas. Sin embargo, la relación entre éstas y el pronóstico del tratamiento no es sencillo; Y deben tomarse en cuenta las variables del paciente y tratamientos. Además, estas personas se inclinan a estar psicológicamente mejor adaptadas y son más capaces, que quienes tienen puntuaciones bajas, para enfrentar los problemas y las tensiones en sus circunstancias de vida. Entre los pacientes psiquiátricos, las altas tienen la probabilidad de estar relacionadas con diagnósticos neuróticos y es más probable que las bajas se encuentren en pacientes psicóticos.

En resumen: una persona con una puntuación (Fyo) alta, es un individuo bien adaptado. En ambientes no psiquiátricos, esta persona no presenta la posibilidad de tener problemas emocionales graves. Entre personas con problemas emocionales, se sugiere que son probablemente

circunstanciales más que crónicos; y la persona cuenta con recursos psicológicos que pueden utilizarse para ayudarlo a solucionar sus problemas; el pronóstico para un cambio positivo en la psicoterapia es bueno.

Las personas con puntuaciones bajas son menos adaptados psicológicamente que los que obtienen puntuaciones altas, y no están bien preparados para enfrentar los problemas y las tensiones. Casi siempre tienen la probabilidad de mostrar un cambio de la personalidad menos positivo durante el tratamiento. Entre los pacientes psiquiátricos, que tienen puntuaciones bajas es más probable que sean diagnosticados como psicóticos que como neuróticos o con trastorno de la personalidad. (Barron, 1953-56), (Dahlstrom y Welsh, 1960), (Dahlstrom y Cols, 1975), (Duckworth, 1975) y (Wood y Bratner, 1961). Cita Graham (1987).

Escala de Dominancia (Do).

Esta escala la desarrollaron Gough, McClosky y Meehl (1951). La escala de 60 reactivos incluye una subescala de 28 del MMPI, que pueden ser calificados por separado de la escala total de 60 y para los que se dispone de datos normativos. Los restantes 32 reactivos no son parte del MMPI. Se les dio a estudiantes de secundaria y bachillerato una definición de dominancia (“fuerza” en las situaciones personales cara a cara; habilidad para influir a los demás; no fácilmente intimidable o derrotable; se siente confiado seguro y tranquilo en la situación cara a cara) y se les pidió que denominaran a los compañeros más y menos dominantes. Los grupos criterio de mayor y menor dominancia de definieron con base a esas denominaciones de los compañeros, y se les dio a ambos grupos un cuestionario de 150 reactivos, que incluía algunas preguntas del MMPI. Cita Graham (1987).

El análisis de reactivo de las respuestas identificó 60, incluyendo 28 los del MMPI, que diferenciaban entre los grupos criterio de dominancia alta y baja. Los reactivos están codificados de tal manera que una puntuación elevada en la escala (Do) sugiere una dominancia alta. Los 28 reactivos del MMPI incluidos se refieren a diversas áreas de contenido, como concentración, conductas obsesivo-compulsivas, confianza en sí mismo, incomodidad en situaciones sociales, preocupación por la apariencia física, perseverancia y opiniones políticas. Cita Graham (1987).

Los puntajes (Do) altos se asocian con equilibrio, confianza, seguridad en sí mismo, iniciativa social, perseverancia, resolución de problemas y liderazgo de grupo.

En resumen: la persona que obtiene una puntuación (Do) baja, tiene problemas para afirmarse a sí misma. Además, no es muy eficiente para manejar los problemas y tensiones en su vida.

Escala de Responsabilidad Social (Rs).

La escala de Responsabilidad Social, la desarrollaron Gough, McClosky y Meehl (1952), como parte de un gran proyecto relacionado con la participación política. La escala (Rs), original constaba de 56 reactivos, con 32 del grupo del MMPI. Puede obtenerse una puntuación basada en los 32 reactivos además de la puntuación basada en los otros 56 reactivos. Cita Graham (1987).

Las cuatro muestras utilizadas para construir la escala (Rs) fueron 50 hombres de la fraternidad de bachilleres, 50 mujeres del club de bachilleres, 123 estudiantes de ciencias sociales a nivel bachillerato y 221 de tercero de secundaria. En cada muestra se identificaban los individuos más o menos

responsables. La definición de responsabilidad utilizada subrayaba la disposición para aceptar las consecuencias de la propia conducta, formalidad, honradez, integridad y sentido de obligación hacia el grupo. Los 32 reactivos del MMPI que forman parte de la escala (Rs) se refieren a la preocupación por temas sociales y morales, desaprobación de privilegios y favoritismos, énfasis en los deberes y la autodisciplina, convencionalidad vs. rebeldía, confianza y seguridad en el mundo en general, equilibrio, y seguridad personal. (Gough y Cols. 1952). Cita Graham (1987).

Quienes obtienen puntuaciones (Rs) elevadas tienden a verse a sí mismos y por los demás como dispuestos a aceptar las consecuencias de su propia conducta, formales, honrados, e íntegros y con sentido de responsabilidad hacia el grupo. Además, tienen mayor probabilidad, que los que obtienen puntuaciones bajas, de estar en posiciones de liderazgo y responsabilidad. Las personas con puntuaciones altas son rígidas para aceptar valores e incapaces de explorar otros. Las personas más jóvenes con puntuaciones elevadas tienden a aceptar los valores de sus padres.

Los que obtienen bajas puntuaciones no se ven a sí mismos ni por los demás como dispuestos a aceptar las consecuencias de sus propias conductas. Carecen o son deficientes en formalidad, honradez, integridad y sentido de responsabilidad hacia el grupo. Tienen menos probabilidad que los que obtienen puntuaciones altas de ocupar posiciones de liderazgo y responsabilidad. Los que obtienen puntuaciones bajas también son menos rígidos para aceptar valores y están más dispuestos a explorar otros valores. Las personas más jóvenes tienden a rechazar el sistema de valores de sus padres y a sustituirlo por otro. Las personas mayores cuestionan o rechazan el sistema de valores adquirido más recientemente y pueden adoptar nuevas opiniones políticas o religiosas. Graham (1987).

Escala de Hostilidad Reprimida (Hr).

Megargee, Cook y Mendelson (1967) desarrollaron esta escala contrastando las respuestas de reactivos de prisioneros violentos y no violentos. Consta de 31 reactivos. Cita Ampudia (1994).

Esta escala proporciona la 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 en la mayoría de los casos, pero que ocasionalmente demuestran respuestas de agresión exagerada sin 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 bastante apropiada (Megargee y Mendelsonn, 1962; Deiker, 1974). Cita Ampudia, (1994).

Se ha observado que en general esta escala es útil para diferenciar entre asaltantes demasiado controlados y asaltantes con poco control de sus impulsos. (Megargee, 1976).

Escala Alcoholismo de Mac. Andrew (Mac).

La escala fue desarrollada por Mac. Andrew en 1965, usando dos diferentes grupos de pacientes; las respuestas a los reactivos de hombres, quienes se sabía que eran alcohólicos, fueron contrastadas con las de pacientes psiquiátricos varones.

Mac Andrew (1965) identificó 51 reactivos que diferenciaban a dos grupos de pacientes de consulta externa: alcohólicos y no alcohólicos en su mayoría hombres, por medio de su escala de alcoholismo. El formato de 49 reactivos de

esta escala se ha utilizado más ampliamente en ambientes clínicos.

Las investigaciones con estas escalas sugieren que los puntajes elevados pueden estar asociados con la propensión de la adicción en general, más que con la tendencia al alcoholismo solamente. Los puntajes brutos de 28 o más, sugieren marcadamente que se abusa de las sustancias pero habrá muchos positivos falsos en este nivel (ejemplo: algunas personas que se identifican como abusadores del alcohol a causa de su puntaje, realmente no son adictas). Los puntajes abajo de 24 contraindican un problema de abuso de sustancias. Cita Ampudia (1994).

En suma, además de sugerir la posibilidad de un problema de abuso de sustancias, los puntajes altos son característicos de personas que son socialmente extrovertidas, exhibicionistas y que están dispuestas a correr riesgos. Las personas con bajos puntajes tienden a mostrarse introvertidas, tímidas, faltas de confianza en sí mismas (Clopton, Weiner y Davis, 1980). Se ha encontrado que esta escala es útil en el diagnóstico de la conducta alcohólica (Fine, Smith, Skeeters y Auveshine, 1971). Cita Ampudia (1994).

Escala de Prejuicio (Pr).

Esta escala representa a personas intolerantes con prejuicios, tienen opiniones y creencias bastante dogmáticas, los individuos de posición socioeconómico menor y la gente menos inteligente con frecuencia tienen resultado alto en esta escala, presentan desarrollo académico bajo y no están tan ajustados como otros individuos. Ven el futuro sombrío y tienden a ser pesimistas, cínicos, desconfiados, indecisos y recelosos; temen que los demás los exploten y tienden a ser paranoides, no están conformes con su posición y sienten

resentimiento con los demás por creer que los demás no merecen lo que han logrado. Colligan y Cols. (1983).

Escala de Control (Cn)

En esta escala los individuos tienden a ser convencionales y moralistas, sostienen creencias religiosas tradicionales y tienden a negar o carecer de insight en la motivación para su comportamiento. Graham (1987).

Escala de Ansiedad Manifiesta (MAS)

En esta escala, estas personas la mayor parte del tiempo están excitados e inquietos reportan numerosas queja físicas y pueden tener problemas de concentración. Carecen de confianza en sí mismos y son demasiado sensibles a la forma en que los demás los perciben. Generalmente experimentan grandes problemas emocionales en situaciones llenas de tensión, perciben el medio ambiente amenazador y fuera de su control. Graham (1987).

Escala de Caudalidad (Ca).

Estas personas pueden presentar daño cerebral, localizado en la parte posterior, con frecuencia se sienten ansiosos culpables y deprimidos. Refieren múltiples quejas físicas, no manejan bien la tensión y se preocupan en exceso, tienen problemas para controlar su expresión emocional y temen perder el control de su proceso de pensamiento. Graham (1987).

Escala de Dependencia (Dy)

Estos individuos muestran problemas de ajuste psicológico, tienen grandes necesidades de dependencia y

carecen de confianza en sí mismos, están algo deprimidos e infelices y pueden experimentar trastorno somático. Se manifiestan tímidos o apenados en situaciones sociales y generalmente se sienten incomprendidos por los demás, tienen creencias religiosas tradicionales y están algo afligidos por los asuntos religiosos. Graham (1987).

Escala de Posición Social (St).

Son personas que generalmente tienen confianza en sí mismos y fuerza o iniciativa, con frecuencia son autosuficientes e independientes. Graham (1987).

Escala de Lumbalgia (Lb).

Estos individuos generalmente experimentan molestias físicas, lumbalgia, dolor de cabeza, latido violento del corazón y problemas de respiración. No expresan sus opiniones o creencias y niegan enojarse o irritarse con los demás, usan frecuentemente la represión la cual se manifiesta como síntomas somáticos. Graham (1987).

2.5. INVESTIGACIONES REALIZADAS CON LAS ESCALAS CLÍNICAS Y SUPLEMENTARIAS DEL MMPI.

Se han realizado pocos estudios con las escalas suplementarias y de las 7 escalas que se eligieron para esta investigación no se cuentan con las normas de todas. Las escalas más investigadas son Ansiedad, Represión, Fuerza del Yo y Alcoholismo de Mac Andrew.

El estudio de Colligan, Osborne, y Offord (1984) es de gran relevancia para mi investigación, debido a que de aquí he tomado las medias y desviaciones estándar Estadounidenses de las escalas clínicas y suplementarias para compararlas con las arrojadas en la presente investigación.

Colligan, Osborne, y Offord (1984) desarrollaron unas normas contemporáneas para el MMPI ya que desde 1957, que fue terminada la estandarización del MMPI original, no se habían contado con otras normas. De tal manera que se tomó una muestra aleatoria de 1919 personas residentes de los Estados del Oeste Medio, semejantes a la muestra original, en cuanto a residencia y ausencia de problemas médicos significativos.

El procedimiento consistió en enviar una carta de invitación e informativa de casa en casa. Subsecuentemente, se contactó cada hogar y personal entrenado realizó entrevistas telefónicas estructuradas. Esta entrevista exploraba información acerca de la edad, el sexo, la escolaridad, y el grupo racial de todos los sujetos potenciales. También se buscaba información acerca de problemas de salud física o mental entre los participantes; se permitía que participaran tanto los maridos como sus esposas, pero dada la posibilidad de influencia genética, no se aceptaba la participación de

parientes consanguíneos (Gottesman, 1963, 1966; Hill & Hill, 1973). Cita Colligan y cols (1984).

De esta manera se obtuvieron 1711 sujetos, con un rango de edad entre 18 y 99 años, quienes accedieron a participar en el estudio. Estos procedimientos de selección permitieron conformar un grupo de la misma área geográfica que la muestra original de Minnesota. Además, al igual que el grupo de Hathaway y Mckinley (1940), estos sujetos no se encontraban recibiendo atención médica o de otro profesional de la salud por alguna enfermedad o disfunción. Colligan y Cols (1984).

De las 1711 personas que accedieron a participar, se obtuvieron 1467 MMPI, de tal manera que el 86% de ellos efectivamente contesta el inventario. Al reexaminar los datos de las entrevistas se excluyeron 53 sujetos por considerar que tenían condiciones desventajosas físicas o mentales que pudieran influenciar sus respuestas. También fueron revisados los perfiles del MMPI y seis sujetos habían dejado sin contestar 250 reactivos o más y fueron excluidos. Colligan y Cols. (1984).

Es importante mencionar que ningún sujeto fue excluido sobre la base de las escalas F, F-K o cualquier otro índice de respuestas sesgadas de los que emplean comúnmente los clínicos. La muestra final de 1408 sujetos, todos de raza blanca, fue reagrupada en siete categorías de edad: 18-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, y 70 o más años. Colligan y Cols. (1984).

La muestra normativa para el MMPI consistió en un total de 1408 personas normales (646 hombres y 762 mujeres) de 18 a 99 años de edad. Los sujetos fueron seleccionados al azar en una zona de 8000 millas cuadradas en Minnesota "Iowa, Wisconsin y dentro de un radio de 50 millas en Rochester, Minnesota". Para este grupo, se identificó una submuestra que se apareó con otro grupo del censo de 640 personas normales (305 hombres y 355 mujeres) que fueron

seleccionados en proporción con la edad y frecuencia de sexo según el censo de 1980.

Esta muestra fue equivalente con la muestra de personas normales utilizada en los años cuarenta en el desarrollo de las tablas normativas del MMPI original. Colligan y Cols. (1984).

Los datos del MMPI resultantes se presentaron por edad y sexo. En general, las respuestas de esta muestra contemporánea arrojaron puntajes medios más altos que los obtenidos a partir del grupo original de estandarización. Estos datos sugieren una aproximación de alguna manera más conservadora a la interpretación del perfil, con consideraciones más cuidadosas del impacto de la edad y el sexo sobre las configuraciones del perfil. Colligan y Cols. (1984).

Los resultados más significativos se encontraron con relación a la escolaridad, debido a que el nivel de educación es mayor en la población contemporánea que la de los años cuarentas. Las diferencias más aparentes están relacionadas con la edad y no así en el caso del sexo.

Resulta clara la existencia de patrones relacionados con la edad en varias escalas L, 1, 2, 4, 5, y 9 para ambos sexos.

Esta investigación concluye que es importante que se emplee dos clases de normas nuevas para evaluar los perfiles del MMPI: Primero, las normas actuales que reflejan, para cada sexo, los patrones de respuesta de la población adulta en general; segundo, un grupo de tablas, por sexo, con base en la edad Colligan, Osborne, Swenson y Offord. (1984).

Aunque la muestra contemporánea representa una población normal, saludable, los puntajes y perfiles son en general más altos que los de la muestra normativa original. Las diferencias no son aparentes entre hombres y mujeres, pero sí, resulta clara la existencia de patrones relacionados con la edad

en muchas de las escalas, especialmente en las escalas L, 1, 2, 4, 5, y 9, para ambos sexos.

Los cambios en los patrones de respuesta se deben probablemente a los cambios en las costumbres y percepciones sociales y sugieren que la interpretación del perfil del MMPI pueda ser mejorada por el uso de normas contemporáneas.

Los resultados de la investigación de Colligan, Osborne, Swenson, y Offord. (1984). Se muestran en la siguiente tabla.

Medias y Desviaciones estándar por grupos de edad.

Edad	N	M	SD
18-19	42	12.21	.78
20-29	128	13.69	1.75
30-39	146	13.68	1.89
40-49	109	13.23	2.12
50-59	130	12.34	2.42
60-69	117	11.32	2.54
70->	88	11.29	2.81
census matched	335	12.81	2.29

Medias y Desviaciones estándar en las escalas Clínicas y Suplementarias por Colligan y Colaboradores (1984).

Escalas	Medias	Desviación Estándar
L	49.9	8.0
F	52.3	6.2
K	55.2	8.8
1(Hs)	51.0	9.3
2(D)	53.8	9.3
3(Hi)	53.3	8.3
4(Dp)	52.9	10.4
5(Mf)	46.3	9.4
6(Pa)	55.6	8.4
7(Pt)	53.4	8.0
8(Es)	53.5	8.3
9(Ma)	51.0	9.7
0 (Is)	55.6	9.8
Fyo	54.3	9.0
A	46.6	9.3
R	51.3	9.0
MAC	49.5	9.8

Otros estudios de importancia para la presente investigación son los presentados en México por los siguientes investigadores.

Izaguirre, Sánchez y Ávila (1970) partieron de la hipótesis de que el perfil de los adolescentes Mexicanos es diferente al de las normas originales e inclusive al de los adolescentes Norteamericanos. Postulan la influencia de las diferencias socioculturales entre México y Estados Unidos y la necesidad de obtener normas para la población en la ENEP.

Aplicaron un cuestionario socioeconómico y el MMPI, seleccionando una muestra al azar de 911 estudiantes distribuidos de la siguiente manera 672 (73%) hombres y 239 (27%) mujeres.

El análisis socioeconómico indica el predominio de la clase media (66.75%) y en segundo lugar la clase alta (18.33%).

Se confirmó la hipótesis alterna propuesta para encontrar diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de México y Estados Unidos, atribuidas a factores socioculturales y a la edad cuando se comparan con el grupo normativo original.

Además se encontró que el factor (K de corrección) no es sensible a factores socioculturales y que el perfil del adolescente Mexicano, calificado con las normas originales, tiene mayor posibilidad de presentar elevación de las escalas 2 (Depresión) y 8 (esquizofrenia).

Rivera, Esquivel y Lucio (1987). Compararon los datos normativos de dos poblaciones de estudiantes de la Facultad de Medicina con datos de población similar en los Estados Unidos, obteniendo diferencias entre ambas poblaciones.

Navarro (1971) en una investigación, reporta la influencia del sexo, la edad y el nivel de inteligencia sobre los puntajes T de las 13 escalas básicas del MMPI (en español) y los del Test de Dominós de 144 hombres y 144 mujeres de 14 a 21 años. Los resultados del análisis de varianza indicaron que: las diferencias entre los puntajes T de los hombres y de las mujeres alcanzaron un nivel significativo en las escalas L (mentira) K (corrección) 2, 3, 5, 7, 8, 9 y 0.

Se obtuvieron también efectos significativos debido a los niveles de edad (los cuales fueron de mayor magnitud que los debidos a sexo), en las escalas L (mentira), F (respuestas

atípicas), K (corrección), 3, 7, 8, 9, y 0, únicamente la escala 5 mostró diferencias significativas asociadas con los niveles de inteligencia.

De acuerdo con los datos obtenidos se reportó lo siguiente: Las jóvenes Mexicanas se presentan con mayores tendencias al perfeccionismo, con mayor control y con mayores tendencias a la introversión que los jóvenes Mexicanos de la misma edad.

Por el contrario, los jóvenes Mexicanos admiten más sus sentimientos (tanto los de pesimismo como los de euforia) y presentan más preocupaciones somáticas y mayores tendencias obsesivas y esquizoides que las jóvenes Mexicanas. Todos estos datos parecen contradecir hasta cierto punto el estereotipo popular de la mujer como el sexo débil. Dentro de los límites de edad investigados, las jóvenes Mexicanas se presentan como más equilibradas que los jóvenes.

Los perfiles del MMPI (en español) correspondientes a los 14 a 15 años M/F (Masculinidad femineidad) mostraron los efectos de edad con mayor intensidad que todos los demás niveles de edad. Lo anterior sugiere que aunque el MMPI (en español) puede ser aplicado válidamente a sujetos de 14 a 15 años, esto sólo puede hacerse con normas de edad apropiadas. Sin ellas, se corre el riesgo de cometer un número muy alto de errores al exagerar la sintomatología de este nivel de edad.

Significa que a medida que avanzan en edad, los jóvenes Mexicanos de ambos sexos tienden a presentar una imagen más favorable y más controlada de sí mismos, y admiten menos inconformidad e inquietud. Tienden también a presentar menos obsesividad, menos tendencias esquizoides y menor impulsividad. Los hombres admiten, por el contrario, mayores preocupaciones somáticas a niveles de edad más altos. Casi todos los datos obtenidos parecen corresponder a la superación

de las crisis propias de la adolescencia y a la entrada de la edad adulta.

Los cambios en la personalidad de los jóvenes Mexicanos de ambos sexos, reflejan sentimientos personales de mayor equilibrio y estabilidad emocional, y una mayor confianza en sí mismos, característicos de jóvenes normales de mayor edad. No se encontró una explicación satisfactoria para el aumento de preocupaciones somáticas en los jóvenes Mexicanos de sexo masculino correspondientes a niveles de edad más elevados.

Los datos indican que el uso de las normas ordinarias del MMPI en jóvenes Mexicanos de 14 a 25 años puede llevar a interpretaciones diagnósticas que exageran notablemente la Psicopatología. Especialmente en el caso de sujetos de sexo masculino. La magnitud de los efectos significativos, debidos a niveles de edad, sugiere además que las normas para jóvenes de 14 a 17 años no pueden ser las mismas que para jóvenes de 20 a 25 años, ya que se corre el riesgo de que en los primeros aparezcan falsos desajustes emocionales.

Navarro (1971) demostró que, para niveles de edad distintas de los de la investigación, el uso de normas de Estados Unidos tendía a exagerar la patología de los jóvenes Mexicanos, mayormente en el sexo masculino. Los puntajes demasiado bajos obtenidos por las jóvenes Mexicanas en la escala (M/F) indican que las normas de Estados Unidos para dicha escala, se deben usar con especial cautela en México.

En Estados Unidos, la extensa literatura acerca del MMPI demuestra que se obtienen diferencias significativas en varias escalas del MMPI cuando se comparan mediante dicho instrumento grupos de diversa sintomatología, ocupación, raza, etc. Dahlstrom, Welsh (1960).

C A P I T U L O III

METODOLOGIA

3.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cómo se distribuyen las puntuaciones T. Lineales, en las Escalas Suplementarias del MMPI, en un grupo de mujeres Mexicanas, comparándolas con las puntuaciones T. Lineales obtenidas por Colligan y Cols. En los Estados Unidos?

La finalidad de este trabajo es estudiar como se comportan las escalas suplementarias del MMPI original en un grupo de mujeres Mexicanas y comparar los resultados con las medias y desviaciones estándar norteamericanas. Es importante obtener las medias y desviaciones estándar de las escalas del MMPI, de acuerdo a la cultura. En México, casi no hay estudios con estas escalas. De aquí se desprende el interés por realizar esta investigación, como un antecedente para efectuar posteriores investigaciones y poder compararlas con un grupo semejante.

Cabe señalar que, aunque las escalas suplementarias fueron creadas en 1940 en su versión original del MMPI en Estados Unidos, en México no se han utilizado; en 1983 Colligan obtuvo las normas contemporáneas para Estados Unidos. Estas escalas fueron revisadas posteriormente para la versión del MMPI-2 por Butcher (1989); sin embargo, en México no existe una frecuencia en su uso.

Por lo anterior, el principal objetivo es obtener las medias y desviaciones estándar de las escalas suplementarias para este grupo de mujeres Mexicanas. Sin embargo se estudiaron también las Escalas de Validez y Clínicas Básicas, así como las catorce escalas suplementarias reportadas por Colligan.

Otro de los Objetivos fue realizar un análisis de correlaciones e intercorrelaciones.

Por otra parte, se han encontrado más diferencias en las puntuaciones de las medias, de mujeres Mexicanas y Norteamericanas que entre los hombres. Es por esta razón que se realizó la investigación solamente con personas de sexo femenino.

3.2 HIPÓTESIS:

H₀ (Nula)

No hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones T lineales, entre las medias Norteamericanas de Colligan y las medias Mexicanas, para las Escalas de Validez Clínicas Básicas y Suplementarias del MMPI.

H₁ (Alternativa)

Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones T lineales, entre las medias norteamericanas de Colligan y las medias Mexicanas para las Escalas de Validez, Clínicas Básicas y Suplementarias del MMPI.

H₀ (Nula)

No existen correlaciones estadísticamente significativas entre las escalas de Validez, Clínicas Básicas y Suplementarias del MMPI.

H₁ (Alternativa)

Existen correlaciones estadísticamente significativas entre las escalas de Validez, Clínicas Básicas y Suplementarias del MMPI.

3.3 VARIABLES:

V.I. Variable Independiente:

El instrumento: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI.

V.D. Variables Dependientes:

Puntajes obtenidos en las Escalas Suplementarias

V.A. Variables Atributivas: (Utilizadas para describir características de la muestra).

**Edad
Nivel Socioeconómico
Escolaridad
Ocupación
Religión
Nacionalidad Mexicana**

3.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Variable Independiente:

Factores de la personalidad; características cuantitativas del MMPI que permiten la organización de las escalas de validez, clínicas básicas y suplementarias, que al dar un resultado en un código, combinando las diferentes escalas permiten obtener un perfil para su interpretación clínica de acuerdo a los cuadros clínicos correspondientes a los nombres de las escalas.

Variables Dependientes:

Puntuaciones de las Escalas Suplementarias, de Validez y Clínicas Básicas, que están dadas por las respuestas que los sujetos emitieron ante los reactivos del inventario y por las calificaciones cuantitativas del instrumento, que permiten obtener las medias, y un perfil para su interpretación.

Escalas de Validez: L (Mentira), F (Respuestas Atípicas), K (Corrección).

Escalas Clínicas Básicas: Hs (Hipocondriasis), D (Depresión), Hi (Histeria), Dp (Desviación Psicopática), M/F (masculinidad/femineidad), Pa (Paranoia), Pt (Psicastenia), Es (Esquizofrenia), Ma (Hipomania), Is (Introversión Social).

Escalas Suplementarias: A (Ansiedad), R (Represión), Fyo (Fuerza del Yo), MAS (Ansiedad Manifiesta), Lb (Lumbalgia), Ca (Caudalidad), Dy (Dependencia), Do (Dominancia), Rs (Responsabilidad Social), Pr (Prejuicio), St (Posición Social), Cn (Control), MAC (Alcoholismo de Mac Andrew) y Hr (Hostilidad Reprimida).

3.5 SUJETOS:

800 mujeres con diferentes edades que van desde los 15 años, hasta mayores de 65 años, de diferentes niveles socioeconómicos, ocupaciones, escolaridad, de nacionalidad Mexicana y de religión Católica.

3.6 MUESTREO

Muestreo no probabilístico, intencional. Se tomó a toda la población de mujeres que se congregan en un centro religioso. Con las siguientes características: nacionalidad Mexicana, sexo femenino y religión Católica.

Edad:

**15 - 24
25 - 34
35 - 44
45 - 54
55 - 64
65 - >**

Nivel Socioeconómico:

**Medido a través de los Salarios Mínimos
Fluctúan de 1 a > de 6 S.M.**

Escolaridad:

Sin Escolaridad (personas con alfabetización, o primaria sin terminar).

**Primaria
Secundaria
Bachillerato
Licenciatura
Maestría
Doctorado**

Ocupación:

**Sin ocupación
Ama de casa
Estudiante
Empleada
Profesionista
Comerciante**

3.7 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de campo descriptivo ex-postfacto: "Es una búsqueda sistemática empírica, en la cual el investigador no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables, se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes" Kerlinger (1975).

3.8 DISEÑO

Diseño No experimental con dos grupos independientes.

3.9 INSTRUMENTOS Y/O MATERIALES

Se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) versión original. El MMPI es una prueba clínica multidimensional que proporciona una evaluación más amplia de la personalidad.

El inventario consta de un cuestionario con 566 reactivos y una hoja de respuestas, cada uno con instrucciones. Es una prueba donde sólo se utiliza lápiz y papel, y fue administrada en forma colectiva.

El MMPI tiene una base estadística y permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas.

El MMPI consta de 4 Escalas de validez, 10 Escalas Clínicas Básicas y 14 Escalas Suplementarias las cuales manejó Colligan en su investigación de 1983. De éstas últimas se enfatizó en 7 para esta investigación por ser las más estudiadas.

Las Escalas de Validez son las siguientes:

Escala ? “no puedo decir”, representa el número total de reactivos que se omitieron o anularon en el MMPI. Se caracteriza por la tendencia a mentir para dar una impresión favorable de sí mismo.

Escala L: Contiene 15 reactivos, es llamada la “Escala de la Mentira”.

Escala F: Escala de respuestas atípicas, consta de 64 reactivos y se caracteriza por la dificultad para comprender. Detecta cuando el sujeto no contesta adecuadamente y no sigue las instrucciones.

Escala K: Escala de corrección que consta de 30 reactivos y detecta actitud defensiva, autocrítica y franqueza.

Escalas Clínicas Básicas:

Escala 1 (Hs) Hipochondriasis: consta de 33 reactivos para el MMPI y detecta preocupación excesiva por la salud física.

Escala 2 (D) Depresión: cuenta con 60 reactivos, detecta insatisfacción, falta de esperanza, baja autoestima y apatía.

Escala 3 (Hi) Histeria: detecta trastorno conversivo, se caracteriza por dolencias físicas, extroversión social y negación de los problemas psicológicos.

Escala 4 (Dp) Desviación Psicopática: contiene 50 reactivos y se caracteriza por conducta que reflejan problemas familiares, agresividad, manipulación interpersonal e impulsividad a causa de un superyo malformado.

Escala 5 (Mf) Masculinidad – Femenidad: consta de 60 reactivos y se caracteriza por intereses estereotipados masculinos y femeninos, problemas sexuales y psicológicos.

Escala 6 (Pa) Paranoia: esta escala está compuesta por 40 reactivos. Se caracteriza por actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y tendencia a la sobreinterpretación de los estímulos, así como inseguridad y ensimismamiento.

Escala 7 (Pt) Psicastenia: consta de 48 reactivos, refleja trastorno de ansiedad con rasgos obsesivos compulsivos, así como angustia, tendencia a culparse y esfuerzos para controlar rígidamente los impulsos.

Escala 8 (Es) Esquizofrenia: consta de 78 reactivos. Se caracteriza por conductas excéntricas, experiencias extrañas y susceptibilidad marcada.

Escala 9 (Ma) Hipomania: esta escala esta constituida por 46 reactivos; se relaciona con una conducta patológica maniaco-depresiva, así como ambición exagerada, extroversión y aspiraciones elevadas.

Escala 0 (Is) Introversión Social: consta de 70 reactivos, refleja una dimensión bipolar de la personalidad.

ESCALAS SUPLEMENTARIAS:

Las siete escalas seleccionadas para esta investigación son las siguientes:

Escala (A) Ansiedad: La construyó Welsh (1956). Consta de 39 reactivos en el MMPI original. El contenido de ésta escala se refiere a cuatro categorías: pensamiento y procesos de pensamiento; tono emocional negativo; falta de energía pesimismo y exagerada ideación. Las personas que obtienen puntuaciones elevadas, pueden estar conscientemente ansiosos sobre todo en situaciones sociales, es frecuente la carencia de seguridad y confianza en sí mismo, la persona puede ser pesimista acerca del futuro.

Escala (R) Represión: la construyó Welsh (1956). Consta de 40 reactivos. Se refiere a salud y síntomas físicos, emotividad, violencia, actividad, reacciones ante las demás personas en circunstancias sociales, dominancia social, sentimientos de adecuación personal, apariencia personal, intereses personales y vocacionales. Pueden hacer uso de mecanismos de defensa tales como: represión y negación.

Escala (Fyo) Fuerza del Yo: fue desarrollada por Barron (1953), Tiene 68 reactivos, y tiene que ver con el funcionamiento físico, aislamiento, actitudes hacia la religión, posición moral, adecuación personal y habilidad para el enfrentamiento de fobias, ansiedad y stress. Las personas con puntuaciones bajas, pueden carecer de recursos psicológicos y tienen menos oportunidades de beneficiarse de la psicoterapia tradicional.

Escala (MAC) Alcoholismo de Mac Andrew: fue desarrollada por Mac Andrew (1965). Identificó 51 reactivos, de los cuales solo 49 reactivos se han utilizado más ampliamente en ambientes clínicos. Se refiere a la propensión de la adicción en general, más que a la tendencia al alcoholismo. Además de sugerir la posibilidad de un problema de abuso de sustancias, los puntajes altos son característicos de personas que son

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

socialmente extrovertidas, exhibicionistas y que están dispuestas a correr riesgos.

Escala (Hr) Hostilidad Reprimida: fue desarrollada por Megargee, Cook y Mendelson (1967). Consta de 31 reactivos. Esta escala proporciona la medida de la capacidad individual para tolerar la frustración sin tomar represalias. Los puntajes altos indican personas que tienden a responder apropiadamente a la provocación, pero que ocasionalmente demuestran respuestas de agresión exagerada.

Escala (Do) Dominancia: ésta escala la desarrollaron Gough, McClosky y Meehl (1951). La escala de 60 reactivos incluye "fuerza" en las situaciones personales; habilidad para influir en los demás, no fácilmente intimidable o derrotable, se siente tranquilo, confiado y seguro en las situaciones.

Escala (Rs) Responsabilidad Social: la desarrollaron Gough, McClosky y Meehl (1952). Consta de 32 reactivos, Los puntajes altos representan a personas decididas a aceptar las consecuencias de su propia conducta: son responsables, dignas de confianza; personas íntegras; con sentido de responsabilidad para con el grupo o la sociedad, tienen un sistema de valores muy rígido, inflexible; con frecuencia se preocupan mucho de problemas éticos y morales. Son autosuficientes, optimistas, con valores sociales, sienten satisfacción con su situación de vida.

Las siguientes escalas suplementarias, fueron investigadas por Colligan y colaboradores; las cuales serán consideradas en esta investigación:

Escala (Pr) Prejuicio: Los puntajes altos representan a personas intolerantes con prejuicios, tienen opiniones y creencias bastante dogmáticas. Los individuos de posición socioeconómico menor y la gente menos inteligente con frecuencia tienen puntuaciones altas en esta escala, presentan desarrollo académico bajo y no están tan ajustados como otros individuos. Ven el futuro sombrío y tienden a ser pesimistas, cínicos, desconfiados, indecisos y recelosos; temen que los demás los exploten y tienden a ser paranoides, no están conformes con su posición y sienten resentimiento con los demás por creer que los demás no merecen lo que han logrado. Colligan (1983).

Escala (Cn) Control: Los puntajes altos representan individuos tienden a ser convencionales y moralistas, sostienen creencias religiosas tradicionales y tienden a negar o carecer de insight en la motivación para su comportamiento.

Escala (MAS) Ansiedad Manifiesta: Los puntajes altos representan personas la mayor parte del tiempo están excitados e inquietos reportan numerosas queja físicas y pueden tener problemas de concentración. Carecen de confianza en sí mismos y son demasiado sensibles a la forma en que los demás los perciben. Generalmente experimentan grandes problemas emocionales en situaciones llenas de tensión, perciben el medio ambiente amenazador y fuera de su control.

Escala (Ca) Caudalidad: Los puntajes altos indican personas que pueden presentar daño cerebral, localizado en la parte posterior, con frecuencia se sienten ansiosos culpables y deprimidos. Refieren múltiples quejas físicas, no manejan bien la tensión y se preocupan en exceso, tienen problemas para controlar su expresión emocional y temen perder el control de su proceso de pensamiento.

Escala (Dy) Dependencia: Los puntajes altos representan individuos que muestran problemas de ajuste psicológico, tienen grandes necesidades de dependencia y carecen de confianza en sí mismos, están algo deprimidos e infelices y pueden experimentar trastorno somático. Se manifiestan tímidos o apenados en situaciones sociales y generalmente se sienten incomprendidos por los demás, tienen creencias religiosas tradicionales y están algo afligidos por los asuntos religiosos.

Escala (St) Posición Social: Los puntajes altos representan personas que generalmente tienen confianza en sí mismos y fuerza o iniciativa, con frecuencia son autosuficientes e independientes.

Escala (Lb) Lumbalgia: Los puntajes altos representan individuos que generalmente experimentan molestias físicas, lumbalgia, dolor de cabeza, latido violento del corazón y problemas de respiración.

No expresan sus opiniones o creencias y niegan enojarse o irritarse con los demás, usan frecuentemente la represión la cual se manifiesta como síntomas somáticos.

NIVELES DE INTERPRETACIÓN DEL PERFIL DEL MMPI (PUNTAJES T. De acuerdo al psicograma propuesto por Hathaway y McKinley. Citado en Núñez (1987).

71 - >	<i>Alto patológico</i>
61 - 70	<i>Normal moderado</i>
41 - 60	<i>Termino medio normal</i>
31 - 40	<i>Bajo moderado</i>
00 - 30	<i>Bajo patológico</i>

3.10 PROCEDIMIENTO:

La presente investigación se realizó en un centro de estudios de religión católica. Se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) en un tiempo de 20 días. Para su aplicación se contó con 4 Psicólogos, que aplicaron diariamente el instrumento de manera grupal. Se utilizaron los horarios de clases con los que cada grupo contaba, dándoles un tiempo promedio para contestar las pruebas de 2 horas. La prueba se aplicó a un total de 20 grupos.

Como primer paso se les pidió que llenaran los datos tales como: número de prueba, ya que esta será anónima; datos generales como la edad, nacionalidad, ocupación, nivel socio-económico, escolaridad.

Una vez llenados los datos se les dio la siguiente explicación *“Estamos realizando una investigación y necesitamos de su cooperación, la prueba que se les aplicará es de personalidad, si alguno desea que se les retroalimente con los resultados de su prueba, puede solicitarlo. Gracias por su colaboración”*.

Después de esta indicación se procedió a darles las instrucciones en voz alta del MMPI, de acuerdo con el manual del Dr. Rafael Núñez. Se observó que contestaran con seriedad y compromiso, viendo que no respondieran al azar, llenando renglones seguidos de cierto o falso.

Efectuada la aplicación se procedió a calificar el instrumento a través del programa computarizado MMPI-83, el cual se realiza metiendo reactivo por reactivo en la computadora.

3.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS:

Se utilizó el programa estadístico SPPSS/PC, para obtener medidas de tendencia central como: Frecuencias, medias, desviaciones estándar, porcentajes, prueba (t), y análisis de correlaciones e intercorrelaciones.

CAPITULO IV

4.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Para el análisis de resultados se utilizó el Paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS/PC) (Nie, Hull, Steinbrenery, Jenkins y Bent, 1985).

El primer análisis para esta investigación fue desarrollar medidas de tendencia central y distribución de las variables obteniendo frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar para las variables atributivas: edad, ocupación escolaridad e ingreso.

En la tabla 4.1 se observan las frecuencias y el porcentaje para la edad de 800 mujeres mexicanas.

TABLA 4.1		
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES POR EDAD		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-24	29	4%
25-34	56	7%
35-44	155	19%
45-54	193	24%
55-64	174	22%
65 Y MÁS	193	24%
TOTAL	800	100%

Como se observa en la tabla 4.1 el porcentaje más alto corresponde al 24% se encuentra en los rangos de edad de 45 a 54 años y de 65 en adelante, que equivale a 193 y 193 sujetos respectivamente.

Estos rangos de edad representan aproximadamente el 50% de la población en estudio, por lo que se concluye que se trabajó con una muestra de edad madura.

En la tabla 4.2 se observan las frecuencias y el porcentaje para la escolaridad de 800 mujeres mexicanas. Se identificaron seis niveles de escolaridad como lo indica la tabla.

TABLA 4.2		
FRECUENCIA Y PORCENTAJE POR ESCOLARIDAD		
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN ESCOLARIDAD*	10	1%
PRIMARIA	133	17%
SECUNDARIA	90	11%
BACHILLERATO	366	46%
LICENCIATURA	191	24%
MAESTRÍA Y DOCTORADO.	10	1%
TOTAL	800	100%

*Personas con la primaria sin terminar pero que tienen alfabetización.

En la tabla 4.2 se observa que el porcentaje más alto corresponde al nivel de bachillerato con un 46% y le sigue la licenciatura con un 24%. Esto equivale al 70% de la población, en tercer lugar la secundaria con un 11% y por último el porcentaje más bajo con un 1% lo obtuvieron los sujetos sin escolaridad y con maestría y doctorado.

En la tabla 4.3 se observan las frecuencias y el porcentaje para el ingreso mensual de 800 mujeres mexicanas.

Se identificaron seis niveles de ingreso como se muestra en la tabla.

INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - 1 S.M	70	9%
1 - 2 S.M	72	9%
2 - 3 S.M	68	8%
3 - 4 S.M	90	11%
4 - 5 S.M	70	9%
6 - > S.M	430	54%
TOTAL	800	100%

*S.M Salario Mínimo.

En la tabla 4.3 se observa que el porcentaje mayor fue de un 54% que equivale a 430 personas que perciben un ingreso de más de 6 salarios mínimos, en segundo lugar con un 11% que corresponde a 90 personas con un ingreso de 3 a 4 salarios mínimos y en tercer lugar con un 9% los tres grupos restantes.

En la tabla 4.4 se observan las frecuencias y el porcentaje para la ocupación de 800 mujeres Mexicanas.

Se identificaron 6 niveles de ocupación como se muestra en la tabla siguiente

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN OCUPACIÓN	1	0%
AMA DE CASA	400	50%
ESTUDIANTE	59	8%
EMPLEADA	190	23%
PROFESIONISTA	40	5%
COMERCIANTE	110	14%
TOTAL	800	100%

En la tabla 4.4 se observa que el porcentaje mayor corresponde a un 50% para las amas de casa, el segundo lugar con un 23% lo obtuvieron las empleadas, en tercer lugar con un 13% fue para las comerciantes, con un 7% para las estudiantes y por último con un 5% las profesionistas.

La tabla 4.5 describe las principales características de la población estudiada. Variables atributivas en una población de 800 mujeres mexicanas.

TABLA 4.5				
VALORES CARACTERÍSTICOS DE LAS VARIABLES ATRIBUTIVAS DE LA POBLACIÓN BAJO ESTUDIO				
ATRIBUTO	MEDIA	DESV. ESTANDAR	SESGO	CURTOSIS
EDAD	50	13	0	3
OCUPACIÓN	Ama de casa	-	1	4
ESCOLARIDAD	Bachillerato	-	0	2
INGRESO	4 ½ S.M.	3	0	1

La edad promedio de la población es de 50 años y la ocupación que predomina es para las amas de casa con una escolaridad de bachillerato o preparatoria y un ingreso de 4 ½ salarios mínimos.

El sesgo mide la simetría con respecto a la media de la distribución de la población.

La distribución de la muestra de la población es simétrica para las variables edad, escolaridad e ingreso. La variable ocupación tiene una distribución asimétrica cargada a la derecha con respecto a la media.

La curtosis indica en este caso que la población tiene una distribución mesocurtica en la variable edad y una distribución ligeramente concentrada o leptocurtica en la variable ocupación.

Para las variables escolaridad e ingresos se observó una distribución de la población ligeramente dispersa o platicurtica.

La tabla 4.6 muestra las medias y desviaciones estándar así como el sesgo y la curtosis en un grupo de 800 mujeres mexicanas, en las escalas suplementarias del MMPI original.

ESCALA	MEDIA	DESV.EST.	SESGO	CURTOSIS
A	55.0	8.0	0	3
R	58.0	9.0	0	3
Fyo	41.0	10.0	0	3
MAS	54.0	10.0	0	3
Lb	51.0	10.0	0	3
Ca	58.0	10.0	0	3
Dy	54.0	9.0	0	3
Do	46.0	10.0	0	3
Rs	51.0	11.0	-1	4
Pr	52.0	9.0	0	3
St	48.0	9.0	-1	4
Cn	47.0	9.0	0	4
MAC	56.4	10.0	0	3
Hr	57.0	10.0	0	3

En la tabla 4.6 se observan las medias y desviaciones estándar para las escalas suplementarias del MMPI original así como el sesgo y la curtosis.

La mayoría de las escalas suplementarias tienen una distribución simétrica con respecto a la media (sesgo), excepto Rs (responsabilidad social) y St (posición social).

Los valores de las escalas suplementarias están medidos (curtosis), excepto en las escalas Rs (responsabilidad social), St (posición social) y Cn (control) las cuales están ligeramente concentradas.

En la tabla 4.7 se observan las medias y desviaciones estándar obtenidas para la población de 800 mujeres mexicanas en las escalas de validez y básicas clínicas del MMPI original.

ESCALA	MEDIA	DÉSV.EST.	SESGO	CURTOSIS
L	59.79	9.0	-1	4
F	62.06	10.0	0	4
K	50.16	9.0	0	3
Hs	60.07	9.0	0	3
D	59.27	10.0	-1	4
Hi	58.05	10.0	0	4
Dp	58.97	9.0	0	4
Mf	59.78	9.0	0	4
Pa	55.89	11.0	0	3
Pt	57.94	11.0	0	4
Es	63.71	11.0	0	3
Ma	57.81	9.0	0	3
Is	56.08	6.0	0	4

En la tabla 4.7 se observa las medias y desviaciones estándar para las escalas clínicas y de validez del MMPI, así como el sesgo y la curtosis.

En general todas las escalas clínicas tienen una distribución simétrica con respecto a la media (sesgo), salvo la escala L (mentira) y la D (depresión) que son asimétricas hacia la derecha.

Los valores de las escalas de validez y clínicas básicas están ligeramente concentrados (Curtosis) en las escalas L (mentiras), F (respuestas atípicas), D (depresión), Hi (histeria), Dp (desviación psicopática), Mf (masculinidad/femineidad), Pt (psicastenia), y Is; (introversión social) se encuentran medidos en las escalas K (corrección), Hs (hipocondriasis), Pa (paranoia), Es (esquizofrenia) y Ma (Hipomania).

En la tabla 4.8 se presentan las medias, desviaciones estándar y prueba (t), obtenidas en las escalas suplementarias del MMPI original en un grupo de 800 mujeres mexicanas.

Se realizó una comparación con las medias y desviaciones estándar en una muestra de la población Mexicana con los resultados reportados por Colligan 1983, en una muestra de la población norteamericana.

ESCALA	MUJERES MEXICANAS		MUJERES NORTE AMERICANAS (COLLIGAN 1983)		NIVEL DE SIGNIFICANCIA	[t]	t	CURSO DE ACCIÓN SIGNIFICATIVO
	MEDIA	D.E	MEDIA	D.E				
A	55.0	8.0	46.6	9.3	0.001	25.55	3.09	SI
R	58.0	9.0	51.3	9.9	0.001	19.14	3.09	SI
Fyo	41.0	10.0	54.3	9.3	0.001	40.45	3.09	SI
Do	46.0	10.0	53.1	8.7	0.001	23.08	3.09	SI
Rs	51.0	11.0	48.9	12.4	0.001	4.79	3.09	SI
MAC	56.4	10.0	49.5	9.8	0.001	12.99	3.09	SI
Hr	57.0	10.0	43.3	10.2	0.001	37.99	3.09	SI

La tabla 4.8 reporta diferencias estadísticamente significativas al 0.001 en las siete escalas elegidas en la investigación. Las diferencias se encuentran de mayor a menor para la escala Fyo (fuerza del yo) ($t=40.45$); Hr (hostilidad reprimida) ($t=37.99$); A (ansiedad) ($t=25.55$); Do (dominancia) ($t=23.08$); R (represión) ($t=19.14$); MAC (alcoholismo de Mac Andrew) ($t=12.99$); Rs (responsabilidad social) ($t=4.79$).

Las medias encontradas de mayor a menor para las escalas suplementarias bajo estudio, en la población Mexicana

corresponden a R (represión) ($x=58$); Hr (hostilidad reprimida) ($x=57$); MAC (alcoholismo de Mac Andrew) ($x=56.4$); A (ansiedad) ($x=55$); Rs (responsabilidad social) ($x=51$); Do (dominancia) ($x=46$); Fyo (fuerza del yo) ($x=41$). (Ver Gráfica 1).

Los resultados comparativos en las escalas suplementarias, reflejan las siguientes diferencias:

La media Mexicana para la escala A (ansiedad) fue de 55 en comparación con la media Norteamericana de 46.6, la diferencia es de 8.4.

La media Mexicana para la escala R (represión) fue de 58 en comparación con la media Norteamericana de 51.3, la diferencia es de 6.7

La media Mexicana para la escala Fyo (Fuerza del yo) fue de 41 en comparación con la media Norteamericana de 54.3, la diferencia es de 13.3 siendo en este caso más alta en la población Norteamericana.

La media Mexicana para la escala Do (dominancia) fue de 46 en comparación con la media Norteamericana de 53.1, la diferencia es de 7.1 mayor en la población Norteamericana.

La media Mexicana para la escala Rs (responsabilidad social) fue de 51 en comparación con la media Norteamericana de 48.9, la diferencia es de 2.1.

La media Mexicana para la escala MAC (Alcoholismo de Mac Andrew) fue de 56.4 en comparación con la media Norteamericana de 49.5, la diferencia es de 6.9.

La media Mexicana para la escala Hr (hostilidad reprimida) fue de 57 en comparación con la media Norteamericana de 43.3, la diferencia es de 13.7.

En la tabla 4.9 se comparan las medias, desviaciones estándar y prueba (t), obtenidas en una muestra de la población Mexicana, con los resultados reportados por Colligan 1983 en la población Norteamericana en las escalas suplementarias.

MEDIAS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y PRUEBA t PARA UN GRUPO DE MUJERES MEXICANAS Y NORTEAMERICANAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS DEL MMPI								
ESCALA	MUJERES MEXICANAS		MUJERES NORTE AMERICANAS (COLLIGAN 1983)		NIVEL DE SIGNIFICANCIA	[t]	t	CURSO DE ACCIÓN
	MEDIA	D.E	MEDIA	D.E				
A	55.0	8.0	46.6	9.3	0.001	25.55	3.09	SI
R	58.0	9.0	51.3	9.9	0.001	19.14	3.09	SI
Fyo	41.0	10.0	54.3	9.3	0.001	40.45	3.09	SI
MAS	54.0	10.0	45.3	10.7	0.001	23.09	3.09	SI
Lb	51.0	10.0	48.9	9.2	0.001	6.43	3.09	SI
Ca	58.0	10.0	43.1	9.1	0.001	46.42	3.09	SI
Dy	54.0	9.0	45.3	11.2	0.001	21.88	3.09	SI
Do	46.0	10.0	53.1	8.7	0.001	23.00	3.09	SI
Rs	51.0	11.0	48.9	12.4	0.001	4.81	3.09	SI
Pr	52.0	9.0	47.0	13.6	0.001	10.37	3.09	SI
St	48.0	9.0	51.4	7.3	0.001	13.12	3.09	SI
Cn	47.0	9.0	53.3	11.1	0.001	15.98	3.09	SI
MAC	56.4	10.0	49.5	9.8	0.001	12.99	3.09	SI
Hr	57.0	10.0	43.3	10.2	0.001	38.06	3.09	SI

En la tabla 4.9 se encontraron diferencias estadísticamente significativas al 0.001, en todas las escalas suplementarias, como se observa en el cuadro anterior.

Las diferencias se encuentran de mayor a menor: para la escala Ca (caudalidad) ($t=46.42$); Fyo (fuerza del yo) ($t=40.45$); Hr (hostilidad reprimida) ($t=38.06$); A (ansiedad) ($t=25.55$); MAS (ansiedad manifiesta) ($t=23.09$); Do (dominancia) ($t=23.00$); Dy (dependencia) ($t=21.88$); R (represión) ($t=9.14$); Cn (control) ($t=15.98$); St (posición social) ($t=13.12$); MAC (alcoholismo de Mac Andrew) ($t=12.99$); Pr (prejuicio) ($t=10.37$); Lb (lumbalgia) ($t=6.43$); Rr (responsabilidad social) ($t=4.81$).

Las Medias más altas corresponden a las escalas: R (represión) (x=58); Ca (caudalidad) (x=5); Re (responsabilidad social) (x=57); A (ansiedad) (x=55); MAS (ansiedad manifiesta) (x=54); MAC (alcoholismo de Mac Andrew) (x=56.4); Dy (dependencia) (x=54); Pr (prejuicio) (x=52); Lb (lumbalgia) (x=51); Re(responsabilidad social) (x=51); y las más bajas: St (posición social) (x=48); Cn (control) (x=47); Do (dominancia) (x=46) y Fyo (fuerza del yo) (x=41), (ver gráfica 2).

En la tabla 4.9 se reportaron los resultados comparativos con la población Norteamericana, de las siete escalas suplementarias seleccionadas en esta investigación; a continuación se reflejan los resultados comparativos de las siguientes escalas suplementarias.

La media Mexicana en la escala MAS (ansiedad manifiesta) es de 54 y la reportada por Colligan en Norteamérica es de 45.3; La diferencia es de 8.7.

La media Mexicana en la escala Lb (lumbalgia) es de 51 y la Norteamericana es de 48.9; la diferencia es de 2.1.

La media Mexicana en la escala Ca (caudalidad) es de 58 y la Norteamericana es de 43.1; la diferencia es de 14.9

La media Mexicana en la escala Dy (dependencia) es de 54 contra la Norteamericana de 45.3; la diferencia es de 8.7.

La media Mexicana en la escala Pr (prejuicio) es de 52 contra la Norteamericana de 47; la diferencia es de 5.

La media Mexicana en la escala St (posición social) es de 48 contra la Norteamericana de 51.4, la diferencia a favor de la Norteamericana es de 3.4.

**La media Mexicana en la escala Cn (control) es de 47
contra la Norteamericana de 53.3; la diferencia a favor de la
Norteamericana es de 6.3**

En la tabla 4.10 se presentan las medias, desviaciones estándar y prueba (t), obtenidas por las escalas de validez de MMPI original, en un grupo de 800 mujeres mexicanas.

También se comparan las medias y desviaciones estándar obtenidas en la población Mexicana con los resultados reportados por Colligan 1983 en la población Norteamericana.

TABLA 4.10 MEDIAS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y PRUEBA t PARA UN GRUPO DE MUJERES MEXICANAS Y NORTEAMERICANAS ESCALAS DE VALIDEZ DEL MMPI								
ESCALA	MUJERES MEXICANAS		MUJERES NORTEAMERICANAS (COLLIGAN 1983)		NIVEL DE SIGNIFICANCIA	[t]	t	CURSO DE ACCIÓN SIGNIFICATIVO
	MEDIA	D.E	MEDIA	D.E				
L	59.79	9.21	49.9	8.0	0.001	34.97	3.09	SI
F	62.06	10.09	52.3	6.2	0.001	44.52	3.09	SI
K	50.16	9.35	55.2	8.8	0.001	16.2	3.09	SI

En la tabla 4.10 se comparan los puntajes de las medias de la muestra de la población Mexicana con los de la población norteamericana y se encontraron diferencias estadísticamente significativas al 0.001 en todas las escalas de validez.

Para la escala L (mentira), la media Mexicana fue de 59.79 mientras que la media Norteamericana fue de 49.9, se observa una diferencia de 9.89.

En la escala F (respuestas atípicas), la muestra Mexicana obtuvo una media de 62.06, mientras que la media Norteamericana fue de 52.3 la diferencia es de 9.76.

En la escala K (corrección), la muestra Mexicana obtuvo una media de 50.16, el resultado es menor que la media Norteamericana la cual fue de 55.2 la diferencia es de 5.04.

En la tabla 4.11 se presentan las medias, desviaciones estándar y prueba (t), obtenidas por las escalas básicas clínicas del MMPI original, en un grupo de 800 mujeres mexicanas.

También se comparan las medias y desviaciones estándar obtenidas en la población Mexicana con los resultados reportados por Colligan 1983 en la población norteamericana.

TABLA 4.11 MEDIAS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y PRUEBA t PARA UN GRUPO DE MUJERES MEXICANAS Y NORTEAMERICANAS ESCALAS BÁSICAS CLÍNICAS DEL MMPI								
ESCALA	MUJERES MEXICANAS		MUJERES NORTE AMERICANAS (COLLIGAN 1983)		NIVEL DE SIGNIFICANCIA	[t]	T	CURSO DE ACCIÓN SIGNIFICATIVO
	MEDIA	D.E	MEDIA	D.E				
Hs	60.07	8.8	51.0	9.3	0.001	27.58	3.09	SI
D	59.27	10.16	53.8	9.3	0.001	16.64	3.09	SI
Hi	58.05	9.94	53.3	8.3	0.001	16.19	3.09	SI
Dp	58.97	9.32	52.9	10.1	0.001	16.51	3.09	SI
Mf	59.78	8.54	46.3	8.4	0.001	40.56	3.09	SI
Pa	55.89	11.37	55.6	8.4	0.001	0.98	3.09	NO
Pt	57.94	11.14	53.4	8.0	0.001	16.05	3.09	SI
Es	63.71	10.63	53.5	8.3	0.001	34.79	3.09	SI
Ma	57.81	9.33	51.0	9.7	0.001	19.86	3.09	SI
Is	56.08	6.13	55.6	9.8	0.001	1.39	3.09	NO

En la tabla 4.11 se comparan los puntajes de las medias de la muestra de la población Mexicana, con los de la población Norteamericana y se encontraron diferencias estadísticamente significativas al 0.001 en la mayoría de las escalas, excepto en Pa (paranoia) y en la Is (introversión social), como puede verse en la gráfica 3.

Las diferencias se encuentran de mayor a menor para las escalas: F (respuestas atípicas) (t=44.52); Mf (masculinidad-femineidad) (t=40.56); L (mentira) (t=34.97); Es (esquizofrenia)

(t=34.79); Hs (hipocondriasis) (t=27.58); Ma-(Hipomania) (t=19.86); D (depresión) (t=16.64); Dp (desviación psicopática) (t=16.51); K (corrección) (t=16.20); Hi (histeria) (t=16.19); Pt (psicastenia) (t=16.05).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al 0.001, en las escalas Is (Introversión social) (t=1.39) y Pa (paranoia) (t=0.98).

Las medias que se encontraron de mayor a menor para las escalas clínicas básicas del MMPI corresponden a las escalas: Es (esquizofrenia) (x=63.71); F (respuestas atípicas) (x=62.06); Hs (hipocondriasis) (x=60.07); L (mentira) (x= 59.79); Mf (masculinidad/femineidad) (x=59.78); D (depresión) (x=59.27); Dp (desviación psicopática) (x=58.97); Hi (histeria) (x=58.05); Pt (psicastenia) (x=57.94); Ma (Hipomania) (x=57.81); Is (introversión social) (x=56.08); Pa (paranoia) (x=55.89) y K (corrección) (x=50.16). (Ver gráfica 1).

Los resultados de la muestra reflejan las siguientes diferencias:

En Hs (hipocondriasis) es de 60.07 en las Mexicanas contra 51.0 en Norteamericanas la diferencia es de 9.07.

En D (depresión) es de 59.27 en las Mexicanas contra 53.8 de Norteamericanas, diferencia de 5.47.

En Hi (histeria) es de 58.05 en las Mexicanas contra 53.3 de Norteamericanas la diferencia es de 4.75

En Dp (desviación psicopática) es de 58.97 en las Mexicanas contra 52.9 con Norteamericanas, la diferencia es de 6.07.

En Mf (masculinidad/femineidad) es de 59.78 en las Mexicanas contra 46.3 de las Norteamericanas, la diferencia es de 13.48.

En Pt (psicastenia) es de 57.94 en las Mexicanas contra 53.4 de las Norteamericanas, la diferencia es de 4.54.

En Es (esquizofrenia) es de 63.71 en las Mexicanas contra 53.5 de las Norteamericanas, la diferencia es de 10.21.

En Ma (Hipomania) es de 57.81 en las Mexicanas contra 51.0 de las Norteamericanas, la diferencia es de 6.81.

CORRELACIONES

El cuadro 4.12 muestra las Intercorrelaciones obtenidas entre las variables atributivas. Los resultados se observan a través de las correlaciones siguientes:

A T R I B U T O S	ATRIBUTOS				
	VARIABLE	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	INGRESOS
EDAD		1.00	-0.30*	-0.30*	-0.20
OCUPACIÓN		-0.30*	1.00	0.20	0.00
ESCOLARIDAD		-0.30*	0.20	1.00	0.40*
INGRESOS		-0.20	0.00	0.40*	1.00

* correlaciones significativas.

A medida que aumenta la edad, la capacidad productiva disminuye y por consecuencia el ingreso.

También se observa que al aumentar el nivel de escolaridad aumenta tanto la capacidad productiva como el ingreso.

Conforme el nivel de ingresos aumenta, la escolaridad también se incrementa.

El cuadro 4.13 correlaciona las variables atributivas con las escalas suplementarias del MMPI.

A T R I B U T I V A S	S U P L E M E N T A R I A S													
	ESCALAS	A	R	Fyo	MAS	Lb	Ca	Dy	Do	Rs	Pr	St	Cn	MAC
EDAD	0.10	0.00	-0.30	0.00	-0.10	0.10	0.10	-0.20	-0.10	0.20	-0.20	-0.20	0.10	0.10
OCUPACIÓN	-0.10	0.00	0.20	-0.10	0.10	-0.10	-0.10	0.20	0.10	-0.10	0.20	0.00	0.00	0.00
ESCOLARIDAD	-0.20	0.00	0.30	-0.20	0.20	-0.20	-0.10	0.40	0.30	-0.30	0.40	0.10	-0.10	-0.10
INGRESOS	-0.20	0.10	0.30	-0.10	0.20	-0.20	-0.10	0.40	0.20	-0.20	0.20	0.20	-0.10	-0.10

* Correlaciones más significativas con valores de .70 y .80

Los resultados reflejan que la escolaridad está regular y positivamente relacionada con la escala Do (dominancia) y St (posición social).

El ingreso está relacionado ligera y positivamente con Do (dominancia) y con Fyo (fuerza del yo).

El cuadro 4.14 correlaciona las variables atributivas con las escalas clínicas básicas del MMPI.

A		VALIDEZ Y CLINICAS												
T	ESCALAS	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
R	EDAD	0.10	0.20	-0.10	0.10	0.10	0.00	-0.10	0.10	0.00	0.10	0.10	0.00	0.20
I	OCUPACIÓN	0.00	-0.10	0.10	-0.10	-0.10	0.00	0.10	0.00	0.00	-0.10	-0.10	0.00	-0.20
B	ESCOLARIDAD	-0.10	-0.30	0.20	-0.20	-0.20	0.00	0.00	-0.30	-0.10	-0.20	-0.30	0.00	-0.20
.	INGRESOS	0.10	-0.20	0.20	-0.10	-0.10	0.00	0.00	-0.20	-0.10	-0.10	-0.20	0.00	-0.10

De acuerdo con el cuadro los resultados indican que las variables atributivas son prácticamente independientes de las escalas de validez y clínicas.

El cuadro 4.15 Intercorrelaciona las Escalas Suplementarias del MMPI. Los resultados reflejan las siguientes correlaciones:

S U P L E M E N T A R I A S															
	A	R	Fyo	MAS	Lb	Ca	Dy	Do	Rs	Pr	St	Cn	MAC	Hr	
S	A	1.00	-0.33	-0.60	0.80*	-0.20	0.80*	0.80*	-0.60	-0.50	0.70*	-0.40	0.50	0.20	-0.20
U	R	-0.30	1.00	0.20	-0.20	0.30	-0.20	-0.20	0.20	0.40	-0.30	0.10	-0.20	-0.30	0.30
P	Fyo	-0.60	0.20	1.00	-0.60	0.10	-0.60	-0.50	0.60	0.40	-0.50	0.50	-0.10	-0.10	0.00
L	MAS	0.80*	-0.20	-0.60	1.00	-0.10	0.80*	0.80*	-0.50	-0.40	0.60	-0.40	0.50	0.10	-0.20
E	Lb	-0.20	0.30	-0.10	-0.10	1.00	-0.20	-0.20	0.40	0.30	-0.20	0.30	0.10	0.00	0.10
E	Ca	0.80*	-0.20	-0.60	0.80*	-0.20	1.00	0.80*	-0.50	-0.40	0.60	-0.40	0.40	0.10	-0.10
N	Dy	0.80*	-0.20	-0.50	0.80*	-0.20	0.80*	1.00	-0.50	-0.40	0.60	-0.40	0.40	0.10	-0.20
T	Do	-0.60	0.20	0.60	-0.50	0.40	-0.50	-0.50	1.00	0.50	-0.50	0.60	0.00	-0.10	0.00
A	Rs	-0.50	0.40	0.40	-0.40	0.30	-0.40	-0.40	0.50	1.00	-0.50	0.40	-0.30	-0.20	0.20
R	Pr	0.70*	-0.30	-0.50	0.60	-0.20	0.60	0.60	-0.50	-0.50	1.00	-0.50	0.30	0.30	-0.10
I	St	-0.40	0.10	0.50	-0.40	0.30	-0.40	-0.40	0.60	0.40	-0.50	1.00	0.10	0.20	0.10
A	Cn	0.50	-0.20	-0.10	0.50	0.10	0.40	0.40	0.00	-0.30	0.30	0.10	1.00	0.20	-0.30
S	MAC	0.20	-0.30	-0.10	0.10	0.00	0.10	0.10	-0.10	-0.20	0.30	0.20	0.20	1.00	0.00
	Hr	-0.20	0.30	0.00	-0.20	0.10	-0.10	-0.20	0.00	0.20	-0.10	0.10	-0.30	0.00	1.00

*Correlaciones más significativas con valores de > .70 y .80

A (ansiedad), está ligera y negativamente correlacionada con St (posición social); regular y negativamente asociado a Fyo (fuerza del yo), Do (dominancia), Rs (responsabilidad social); regular y positivamente con Cn (control); Alta y

positivamente correlacionada con MAS (ansiedad manifiesta), Ca (caudalidad), Dy (dependencia) y Pr (prejuicio).

R (represión), está ligera y positivamente correlacionada con Rs (responsabilidad social).

Fyo (fuerza del yo), está ligera y positivamente correlacionada con Rs (responsabilidad social) y regular y negativamente con A (ansiedad), MAS (ansiedad manifiesta), Ca (caudalidad), Dy (dependencia), Pr (prejuicio) y regular y positivamente correlacionada con Do (dominancia) y St (posición social).

MAS (ansiedad manifiesta), está ligera y negativamente correlacionada con Rs (responsabilidad social) y St (posición social); regular y negativamente correlacionada con Fyo (fuerza del yo), Do (dominancia); regular y positivamente correlacionada con Pr (prejuicio) y Cn (control); alta y positivamente correlacionada con A (ansiedad), Ca (caudalidad) y Dy (dependencia).

Lb (lumbalgia), está ligera y positivamente correlacionada con Do (dominancia).

Ca (caudalidad), está ligera y negativamente correlacionada con Rs (responsabilidad social), St (posición social), ligera y positivamente correlacionada con Cn (control); y regular y negativamente correlacionada con Fyo (fuerza del yo), Do (dominancia) y Pr (prejuicio). Y alta y positivamente correlacionada con A (ansiedad), MAS (ansiedad manifiesta) y Dy (dependencia).

Dy (dependencia), está ligera y negativamente correlacionada con Rs (responsabilidad social) St (posición social); ligera y positivamente correlacionada con Cn (control), regular y negativamente correlacionada con Fyo (fuerza del yo), Do (dominancia); regular y positivamente correlacionada con

Pr (prejuicio); Alta y positivamente correlacionada con A (ansiedad), MAS (ansiedad manifiesta) y Ca (caudalidad).

Do (dominancia), está ligera y positivamente correlacionada con Lb (lumbalgia); regular y negativamente con A (ansiedad), MAS (ansiedad manifiesta), Ca (caudalidad), Dy (dependencia), Pr (prejuicio); Y regular y positivamente correlacionada con Fyo (fuerza del yo), Rs (responsabilidad social y St (posición social). Totalmente independiente con Hr (hostilidad reprimida).

Rs (responsabilidad social), está ligera y positivamente correlacionada con R (represión), Fyo (fuerza del yo), St (posición social); ligera y negativamente correlacionada con MAS (ansiedad manifiesta), Ca (caudalidad), Dy (dependencia); regular y negativamente correlacionada con A (ansiedad), Do (dominancia) y Pr (prejuicio).

Pr (prejuicio) está regular y negativamente correlacionada con Fyo (fuerza del yo), Do (dominancia), Rs (responsabilidad social y St (posición social); regular y positivamente correlacionada con MAS (ansiedad manifiesta), Ca (caudalidad) Dy (dependencia); alta y positivamente correlacionada con A (ansiedad).

St (posición social), está ligera y negativamente correlacionada con A (ansiedad), MAS (ansiedad manifiesta), Ca (caudalidad), Dy (dependencia); regular y positivamente correlacionada con Rs (responsabilidad social); regular y positivamente correlacionada con Fyo (fuerza del yo), Do (dominancia); regular y negativamente correlacionada con Pr (prejuicio).

Cn (control), está ligera y positivamente correlacionada con Ca (caudalidad), Dy (dependencia); regular y positivamente correlacionada con A (ansiedad), MAS (ansiedad manifiesta). Y totalmente independiente a Do (dominancia)

MAC (Alcoholismo de Mc. Andrew), es totalmente independiente de Lb (lumbalgia) y Hr (hostilidad reprimida).

Hr (hostilidad reprimida), es totalmente independiente de Fyo (fuerza del yo), Do (dominancia) y MAC (alcoholismo de Mac. Andrew).

El cuadro 4.16 correlaciona las Escalas de Validez y Clínicas Básicas con las Escalas Suplementarias del MMPI.

S U P L E M E N T A R I A S															
C		A	R	Fyo	MAS	Lb	Ca	Dy	Do	Rs	Pr	St	Cn	MAC	Hr
L	L	-0.40	0.20	0.10	-0.30	0.10	-0.30	-0.40	0.00	0.30	-0.20	0.10	-0.50	0.00	0.40
I	F	0.50	-0.20	-0.50	0.50	-0.10	0.50	0.50	-0.50	-0.50	0.50	-0.40	0.20	0.20	-0.10
N	K	-0.70*	0.50	0.50	-0.60	0.30	-0.60	-0.60	0.50	0.50	-0.70*	0.40	-0.40	-0.10	0.30
I	Ks	0.20	0.20	-0.40	0.40	0.20	0.30	0.20	-0.20	-0.10	0.20	-0.20	0.10	0.00	0.20
C	D	0.50	0.20	-0.50	0.60	0.10	0.60	0.50	-0.40	-0.20	0.30	-0.40	0.20	-0.20	0.00
A	Hi	0.10	0.30	-0.20	0.20	0.40	0.20	0.10	0.00	0.00	-0.10	0.00	0.00	-0.10	0.20
S	Dp	0.30	0.10	-0.20	0.30	0.20	0.30	0.20	-0.10	-0.20	0.20	0.00	0.30	0.10	0.00
B	Mf	0.00	0.00	-0.10	-0.10	-0.10	0.00	-0.10	-0.20	-0.10	0.10	-0.30	-0.20	0.00	0.10
A	Pa	0.40	0.00	-0.30	0.50	0.10	0.30	0.40	-0.20	-0.30	0.20	-0.20	0.20	0.20	0.00
S	Pt	0.60	0.00	-0.50	0.70*	0.00	0.60	0.60	-0.40	-0.30	0.40	-0.30	0.30	0.00	0.00
I	Fyo	0.60	-0.10	-0.50	0.60	0.00	0.50	0.50	-0.40	-0.40	0.40	-0.40	0.20	0.10	0.00
C	Ma	0.20	-0.30	-0.10	0.20	0.10	0.10	0.20	-0.10	-0.20	0.30	0.00	0.20	0.40	0.00
A	Is	0.50	0.10	-0.30	0.60	-0.20	0.60	0.60	-0.40	-0.20	0.50	-0.40	0.20	-0.10	-0.10

* Correlaciones más significativas con valores > de .70 y .80

L (mentiras), está correlacionada ligera y negativamente con **A (ansiedad)**, **Dy (dependencia)**; ligera y positivamente con **Hr (hostilidad reprimida)**; regular y negativamente correlacionada con **Cn (control)** y totalmente independiente de **Do (dominancia)** y **MAC (alcoholismo de Mac. Andrew)**.

F (respuestas atípicas), está ligera y negativamente correlacionada con St (posición social); regular y positivamente con A (ansiedad), MAS (ansiedad manifiesta), Ca (caudalidad), Dy (dependencia), Pr (prejuicio); regular y negativamente correlacionada con Fyo (fuerza del yo), Do (dominancia) y Rs (responsabilidad social).

K (respuestas atípicas), está ligera y positivamente correlacionada con St (posición social), ligera y negativamente correlacionada con Cn (control); regular y positivamente con R (represión), Fyo (fuerza del yo), Do (dominancia) y Rs (responsabilidad social); regular y negativamente correlacionada con MAS (ansiedad manifiesta), Ca (caudalidad), Dy (dependencia); alta y negativamente correlacionada con A (ansiedad) y Pr (prejuicio).

Hs (hipocondriasis), está ligera y negativamente correlacionada con Fyo (fuerza del yo); ligera y positivamente correlacionada con MAS (ansiedad manifiesta). Totalmente independiente de MAC (alcoholismo de Mac. Andrew).

D (depresión), está ligera y negativamente correlacionada con Do (dominancia), St (posición social); regular y positivamente correlacionado de A (ansiedad), MAS (ansiedad manifiesta), Ca (caudalidad), Dy (dependencia); regular y negativamente correlacionada con Fyo (fuerza del yo). Y totalmente independiente de Hr (hostilidad reprimida).

Hi (histeria) está ligera y positivamente correlacionada con Lb (lumbalgia) y R (represión). Es totalmente independiente de Do, (dominancia) Rs (responsabilidad social), St (posición social, y Cn (control).

Dp (desviación psicopática), es totalmente independiente de St (posición social) y Hr (hostilidad reprimida).

M/F (masculinidad femineidad), es totalmente independiente de A (ansiedad), R (represión), Ca (caudalidad) y MAC (alcoholismo de Mac Andrew).

Pa (paranoia), está ligera y positivamente correlacionada con A (ansiedad), Dy (dependencia); regular y positivamente con MAS (ansiedad manifiesta). Y es totalmente independiente a R (represión) y Hr (hostilidad reprimida).

Pt (psicastenia), está ligera y negativamente correlacionada con Do (dominancia); ligera y positivamente correlacionada con Pr (prejuicio); regular y positivamente con A (ansiedad), Ca (caudalidad), Dy (dependencia); alta y positivamente correlacionada con MAS (ansiedad manifiesta). Es totalmente Independiente de R (represión), Lb (lumbalgia), MAC (alcoholismo de Mac Andrew) y Hr (hostilidad reprimida).

Es (esquizofrenia), está ligera y negativamente correlacionada con Do (dominancia), Rs (responsabilidad social), St (posición social); regular y positivamente correlacionada con A (ansiedad), MAS (ansiedad manifiesta), Ca (caudalidad) y Dy (dependencia), Pr (prejuicio); regular y negativamente con Fyo (fuerza del yo). Es totalmente independiente con Lb (lumbalgia) y Hr (hostilidad reprimida).

Ma (Hipomania) está ligera y positivamente correlacionada con MAC (alcoholismo de Mac Andrew). Y es totalmente independiente de St (posición social) y Hr (hostilidad reprimida).

Is, (introversión social) está ligera y negativamente correlacionada con Do (dominancia), St (posición social), regular y positivamente correlacionada con A (ansiedad), MAS (ansiedad manifiesta), Ca (caudalidad), Dy (dependencia) y Pr (prejuicio).

El cuadro 4.16 Intercorrelaciona las Escalas de Validez y Clínicas Básicas del MMPI. Los resultados que se reflejan son los siguientes:

VALIDEZ Y CLINICAS														
V		L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
A	L	1.00	-0.10	0.40	0.10	-0.10	0.10	-0.10	0.10	0.00	-0.20	-0.10	0.00	-0.20
I	F	-0.10	1.00	-0.40	0.40	0.40	0.20	0.40	0.10	0.50	0.50	0.70*	0.30	0.30
D	K	0.40	-0.40	1.00	0.10	-0.30	0.20	0.10	0.00	-0.10	-0.10	-0.10	-0.10	-0.50
E	Hs	0.10	0.40	0.10	1.00	0.50	0.70*	0.40	0.10	0.40	0.50	0.50	0.10	0.20
Z	D	-0.10	0.40	-0.30	0.50	1.00	0.40	0.30	0.00	0.30	0.70*	0.50	-0.10	0.50
C	Hi	0.10	0.20	0.20	0.70*	0.40	1.00	0.40	-0.10	0.30	0.40	0.40	0.10	0.00
L	Dp	-0.10	0.40	0.10	0.40	0.30	0.40	1.00	-0.10	0.50	0.50	0.60	0.30	0.10
I	Mf	0.10	0.10	0.00	0.10	0.00	-0.10	-0.10	1.00	0.00	-0.10	0.10	0.00	0.00
N	Pa	0.00	0.50	-0.10	0.40	0.30	0.30	0.50	0.00	1.00	0.50	0.60	0.30	0.10
I	Pt	-0.20	0.50	-0.10	0.50	0.70*	0.40	0.50	-0.10	0.50	1.00	0.80*	0.20	0.50
C	Es	-0.10	0.70*	-0.10	0.50	0.50	0.40	0.60	0.10	0.60	0.80*	1.00	0.40	0.30
A	Ma	0.00	0.30	-0.10	0.10	-0.10	0.10	0.30	0.00	0.30	0.20	0.40	1.00	-0.10
S	Is	-0.20	0.30	-0.50	0.20	0.50	0.00	0.10	0.00	0.10	0.50	0.30	-0.10	1.00

*Correlaciones más significativas con valores > de .70 y .80

El cuadro indica que la escala L (mentira) está ligera y positivamente correlacionada con K (corrección).

F (respuestas atípicas), está ligera y positivamente correlacionada con Hs (hipocondriasis), D (depresión) y Dp (desviación psicopática); ligera y negativamente con K

(corrección). Regular y positivamente correlacionada con Pa (paranoia), Pt (psicastenia); alta y positivamente correlacionada con Es (esquizofrenia).

K (corrección) está regular y positivamente correlacionada con L (mentiras) y regular y negativamente con F (respuestas atípicas) y Is (introversión social).

Hs (hipocondriasis) está alta y positivamente correlacionada con Hi (histeria); regular y positivamente correlacionadas con F (respuestas atípicas), D (depresión), Dp (desviación psicopática), Pa (paranoia), Pt (psicastenia) y Es (esquizofrenia).

D (depresión) está alta y positivamente correlacionada con Pt (psicastenia) y regular y positivamente con F (respuestas atípicas), Hs (hipocondriasis), Hi (histeria), Es (esquizofrenia) e Is (introversión social).

Hi (histeria) está ligera y positivamente correlacionada con D (depresión), Dp (desviación psicopática), Pt (psicastenia) y Es (esquizofrenia); alta y positivamente correlacionado con Hs (hipocondriasis).

Dp (desviación psicopática) está ligera y positivamente correlacionada con F (respuestas atípicas), Hs (hipocondriasis), Hi (histeria) y regular y positivamente con Pa (paranoia), Pt (psicastenia) y Es (esquizofrenia).

Mf (masculinidad/femineidad) es independiente de las demás escalas clínicas.

Pa (paranoia) está ligera y positivamente correlacionada con Hs (hipocondriasis) y regular y positivamente correlacionada con F (respuestas atípicas) Dp (desviación psicopática) Pt (psicastenia) y Es (esquizofrenia).

Pt (psicastenia) está ligera y positivamente correlacionada con **Hi**, (histeria) y regular y positivamente correlacionada con **F** (respuestas atípicas), **Hs** (hipocondriasis), **Dp** (desviación psicopática), **Pa** (paranoia), **Is** (introversión social) y alta y positivamente correlacionada con **D** (depresión) y **Es** (esquizofrenia).

Es (esquizofrenia) está ligera y positivamente correlacionada con **Hi** (histeria) y **Ma** (Hipomania) y regular y positivamente correlacionada con **Hs** (hipocondriasis) **D** (depresión), **Dp** (desviación psicopática), **Pa** (paranoia) y alta y positivamente correlacionada con **F** (respuestas atípicas) y **Pt** (psicastenia).

Ma (Hipomania) está ligera y positivamente correlacionada con **Es** (esquizofrenia).

Is (Introversión Social) está regular y positivamente correlacionado con **D** (depresión) y **Pt** (psicastenia), y regular y negativamente correlacionado con **K** (corrección).

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio y de acuerdo con la siguiente pregunta de investigación: **¿Cómo se distribuyen las puntuaciones T en las Escalas Clínicas y Suplementarias del MMPI en un grupo de mujeres Mexicanas comparándolas con las medias de Colligan obtenidas en Estados Unidos?**

Para resolver la pregunta de investigación se plantearon las siguientes hipótesis:

H₀ (HIPÓTESIS NULA): No existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones T lineales, entre las medias norteamericanas de Colligan y las medias Mexicanas para las escalas de validez, clínicas básicas y suplementarias del MMPI.

H₁ (HIPÓTESIS ALTERNA): Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones T lineales, entre las medias Norteamericanas de Colligan y las medias Mexicanas para las escalas de validez, clínicas básicas y suplementarias del MMPI.

Se acepta la hipótesis alterna debido a que se encontraron diferencias estadísticamente significativas al nivel de significancia de 0.001 en las escalas de validez, clínicas y suplementarias del MMPI, entre las medias norteamericanas y las medias mexicanas.

Los resultados reflejan que la población bajo estudio cuenta predominantemente con una edad de 45 a 65 años; por lo que se considera una muestra de mujeres de edad madura, al comparar la muestra de la población Mexicana con la muestra Norteamericana reportada por Colligan, se pudo observar que el

rango mayor de edad en la población Norteamericana es de 20 a 69 años; por lo que se concluye que es una población más joven.

Con relación a la escolaridad el porcentaje más alto corresponde al nivel de Bachillerato con un 46%, y en segundo lugar se encuentra el nivel de Licenciatura con un 24%.

Colligan Robert, Osborne David y Swenson Wendell y Offord Kenneth (1984), en su investigación del Desarrollo de las Normas Contemporáneas del MMPI, el estudio de las correlaciones entre edad y la escolaridad promedio, sugieren enfáticamente que deben emplearse dos clases de normas nuevas para evaluar los perfiles del MMPI, primero; las normas actuales que se reflejan para cada sexo, los patrones de respuesta de la población adulta en general; segundo, un grupo de tablas por sexo con base en la edad (Colligan Osborne, Swenson y Offord (1983). Aunque la muestra contemporánea refleja una población normal saludable, los puntajes y perfiles son en general más altos que los de la muestra normativa original.

Con relación a lo propuesto anteriormente por Colligan, cabe señalar que, en está investigación no se pudo estudiar a la población masculina, debido a que el centro donde se aplico la muestra estaba formado en su mayoría por mujeres.

Las diferencias encontradas en la muestra norteamericana, no son aparentes entre hombre y mujeres, pero si resulta clara la existencia de patrones relacionados con la edad en muchas de las escalas, especialmente en las escalas L (mentiras), 1 (hipocondriasis), 2 (depresión), 4 (desviación psicopática), 5 (masculinidad femineidad) y 9 (Hipomania), para ambos sexos.

Los cambios en los patrones de respuesta se deben probablemente a las costumbres y percepciones sociales y sugieren que la interpretación del perfil del MMPI, puede ser mejorada por el uso de normas contemporáneas (Colligan y cols. 1984).

Colligan y cols, (1984) sugieren que en el futuro se amplíen las muestras de otras regiones geográficas y de otros grupos de población, las cuales deben ser estudiadas para desarrollar diversas normas, que permitan la comparación de los individuos con grupos que son más similares a ellos en sus antecedentes raciales, culturales y étnicos, que aquellos sujetos que integraron la muestra normativa original o la muestra contemporánea utilizada para su estudio.

El ingreso mensual de esta población corresponde a un porcentaje de 54% con un ingreso de \$7,501.00 en adelante y en segundo lugar con un porcentaje del 11% a personas que perciben mensualmente un ingreso de \$ 4,501.00 a \$ 6,000.00.

En cuanto a la ocupación de la muestra de la población, se encontró un porcentaje del 50% para las amas de casa y un 23 % lo obtuvieron las empleadas.

En la muestra de la población bajo estudio de 800 mujeres Mexicanas obtuvieron una distribución simétrica con respecto a la media en las escalas clínicas básicas del MMPI; esto indica que la distribución de estas escalas es normal o se encuentran dentro del promedio.

Excepto las escalas L (mentiras) y D (depresión) que se encuentran asimétricas hacia la derecha (negativa); significa

que la muestra representativa de la población de mujeres Mexicanas con las que se investigó, tienden a mentir con más frecuencia ó a dar una imagen favorable de sí mismas pero con defensas de tipo ingenuo y con tendencia a la depresión.

Las distribuciones en las escalas suplementarias del MMPI, también son simétricas con respecto a la media, es decir, están dentro de una distribución normal. Excepto las escalas Rs (responsabilidad social) y St (posición social) que están cargadas a la derecha (negativa). Lo que representa que tienden a mostrar un mayor sentido de responsabilidad para con el grupo o la sociedad y con una mayor posición social.

Los valores característicos de las escalas de validez y clínicas básicas, están ligeramente concentrados: L (mentiras), F (respuestas atípicas), D (depresión), Hi (histeria), Dp (desviación psicopática), M/f (masculinidad femineidad) Pt (psicastenia), e Is (introversión social), los demás tienden a ser homogéneos con puntajes similares a la media.

Con respecto a las escalas suplementarias; los valores están ligeramente concentrados y se encuentran en las escalas: Rs (responsabilidad social), St (posición social) y Cn (control), los demás tienden a ser homogéneos con puntajes similares a la media.

En cuanto a los valores que se encuentran medidos en las escalas de validez y clínicas básicas corresponden: K (corrección), Hs (hipocondriasis), Pa (paranoia), Es (esquizofrenia), y Ma (Hipomania), lo que representa una distribución normal con respecto a la media; siendo la muestra más heterogénea. De igual manera para las escalas suplementarias los valores medidos son: R (represión), Fyo, (fuerza del yo), MAS (ansiedad manifiesta), Lb (lumbalgia), Ca,

(caudalidad), Dy (dependencia), Do (dominancia), Pr (prejuicio), MAC (alcoholismo de Mac Andrew), y Hr (hostilidad reprimida).

No se encontraron investigaciones realizadas en México con el MMPI original para las escalas suplementarias. Por tal motivo se intentó a través de éste estudio obtener información y resultados con las escalas suplementarias en una muestra de la población Mexicana. Se puede decir que el MMPI aplicado en diversas poblaciones, puede obtener resultados estables, como lo sugiere Bernstein, (1987), mismos que se sustentan en ésta investigación, sin pretender caer en inferencias generalizadas.

Los resultados comparativos de las medias, en las siete escalas suplementarias, elegidas en la presente investigación, reflejan lo siguiente:

Escala A (Ansiedad) la muestra Mexicana presenta una media mayor (55.0) que la media Norteamericana (46.6) con un puntaje T normal. Ambas muestras se encuentran con puntuaciones normales; reflejan a poblaciones con bajos índices de ansiedad.

Fue desarrollada por Welsh en 1956 para evaluar la primera dimensión, que emerge cuando las escalas de validez y clínicas se analizan factorialmente. Las puntuaciones altas reflejan angustia, ansiedad, inconformidad y problemas emocionales amplios.

Ampudia, Durán, y Lucio (1995), sugieren que el grupo de mujeres con alto rendimiento académico, presentan características de ansiedad, probablemente se debe a que la mujer Mexicana profesionista, se angustia al tratar de modificar el patrón que culturalmente se le ha asignado.

En la muestra investigada esta diferencia en la A (Ansiedad) probablemente se deba a la edad y a la ocupación que prevalece ya que el porcentaje más alto lo tienen mujeres que son empleadas y amas de casa.

Escala R (Represión), la muestra Mexicana presenta una media mayor (58.0) que la media Norteamericana (51.3) con un puntaje T normal. Ambas muestras se encuentran con puntuaciones normales; reflejan a poblaciones con bajos índices de represión, no obstante la muestra Mexicana tiende a ser más represiva.

Messick y Jackson (1961), Sugirieron que las puntuaciones R sólo indican el grado en que las examinadas están dispuestas a admitir condescendencia en la prueba. Esta interpretación parece apoyarse en el hecho de que todos los reactivos en la escala R, están codificados en la dirección falsa. La puntuación elevada, es característica de personas que no desean discutir sus problemas personales ni su conducta; niegan la existencia o reprimen algún tipo de problemas personales.

Escala Fyo (Fuerza del Yo), la muestra Mexicana presenta una media menor (41.0) que la media Norteamericana (54.3) con un puntaje T normal, los resultados reflejan que la población Mexicana aunque se encuentra dentro del rango normal, tiende a presentar mayor dificultad de adaptación psicológica y fuerza yoica.

Los estudios publicados (Barron. 1953,1956; Quay, 1955; Good y Brantner, 1961; Dahlstrom y cols, 1975; Duckworth y Duckworth 1975), revelan que una puntuación alta es indicativa del individuo que carece de psicopatología crónica, es estable,

confiable, responsable y tolerante; Carece de prejuicios, siempre se mantiene alerta, es arriesgado, determinado y persistente, confía en sí mismo, es franco, sociable e inteligente; Es ingenioso, independiente y tiene sentido seguro de la realidad, trata eficazmente con los demás y crea una primera impresión favorable; obtiene la aceptación del grupo, es oportunista y tiene intereses fuertemente desarrollados; busca ayuda por problemas circunstanciales, puede tolerar confrontaciones en la psicoterapia; en resumen, una persona con una puntuación Fyo alta, parece ser bien adaptada. Citado en Ampudia (1994).

Las puntuaciones altas de la escala Fyo, se consideran como adaptaciones de tipo más favorable y se correlacionan en forma más positiva con el nivel de inteligencia y con la escolaridad, en relación con la variable de sexo, se ha observado que los hombres ofrecen una puntuación más elevada que las mujeres, aunque esto tal vez se deba a que la mujer admite sus problemas con mayor espontaneidad que el hombre, (Ends y Page 1957; Sullivan, Miller y Seelser, 1958; Getter y Sundland 1962; Distler, May y Tuma 1964; Fowler, Teel y Coyle 1967). Cita Ampudia (1994).

Existen datos que indican que la escala Fyo, pueden considerarse como un índice general de adaptación psicológica; las mujeres presentan una puntuación más baja que los hombres, (Kleinmutz, 1961 Himelstein, 1964).

Escala Do (Dominancia), la muestra Mexicana presenta una media menor (46.0) que la media Norteamericana (53.1) tiene un puntaje T normal. Representa a poblaciones que pueden afirmarse y resolver los problemas y tensiones de la vida. Sin embargo la muestra norteamericana tiene más dominio que las mexicanas.

Esta escala fue elaborada por Gough McClosky y Meehl (1951), como parte de un proyecto relacionado con personas involucradas en participación política; tiene relación con la habilidad para influir en otros, dominio o predominio, influencia superioridad.

Ampudia, Durán y Lucio. (1995), sugiere que los puntajes altos en Do, se asocian con el equilibrio, la confianza, seguridad en sí mismo, iniciativa social; perseverancia, la resolución y liderazgo de grupo. En las mujeres se observa una elevación en los grupos de rendimiento académico alto y medio, los puntajes altos, están asociados a una medida de la tendencia de un individuo a tener control sobre sus relaciones interpersonales.

Escala Rs (Responsabilidad Social), la muestra Mexicana tiene una media más alta (51.0) que la media Norteamericana (48.9) cuenta con un puntaje T normal. Ambas muestras representan a individuos formales, responsables hacia el grupo, convencionales y con preocupación por los temas sociales y morales.

Esta escala fue realizada por los mismos autores de quienes se hizo referencia en la escala Do (dominancia), en un proyecto de interés en la participación política. La definición de responsabilidad o deber hace hincapié en el deseo de aceptar las consecuencias de la propia conducta, lo que requiere integridad, confianza, seguridad y un alto sentido de obligación hacia el grupo con el que se vive.

Escala MAC (Alcoholismo de Mac Andrew), la muestra Mexicana tiene una media de (56.4) mayor que la media

Norteamericana (49.5) tiene un puntaje normal. Ambas muestras no presentan abuso de sustancias ni adicciones,

pueden relacionarse socialmente bien y con tendencia a la extroversión.

Colligan Robert y Offord Kenneth, (1987), sugieren que la escala de Alcoholismo de Mac Andrew (MAC), es probablemente la más usada en las escalas de Alcoholismo del MMPI. Ayuda a usar la interpretación de los puntajes de las escalas de Mac entre los pacientes, Mac Andrew en el censo de 1983, identifica en su investigación, que aproximadamente el 40% de los hombres y el 20% de mujeres en población normal, tienen riesgo de presentar alcoholismo. Estos datos sugieren que el especialista tome con más cautela la interpretación de los puntajes para la escala MAC.

Escala Hr (Hostilidad reprimida), la muestra Mexicana tiene una media de (57.0) mayor que la media Norteamericana (43.3) el puntaje es normal. Ambas muestras se encuentran dentro de lo normal; sin embargo la muestra Mexicana es más propensa a reprimir la provocación y la agresión.

Se ha observado que en general esta escala es útil para diferenciar entre asaltantes demasiado controlados y asaltantes con poco control de sus impulsos. (Megargee, 1976).

Ampudia, Durán y Lucio. (1995), reportó en el grupo de mujeres Mexicanas una ligera elevación en ésta escala, lo que significa que tienden a responder apropiadamente a la provocación en la mayoría de los casos, pero que

ocasionalmente demuestran respuestas de agresión exagerada sin provocación aparente.

Aunque todavía existen diferentes opiniones con relación a la utilización interpretativa de las escalas suplementarias, algunos autores indican que éstas escalas dan información redundante, puesto que las escalas clínicas básicas y de validez de la prueba, ofrecen los mismos datos que las escalas suplementarias. Otros indican que las escalas originales del inventario no habían sido lo suficientemente investigadas y por ello dichas escalas, es decir, la información de las escalas originales del inventario son enriquecidas con la información ofrecida por las escalas suplementarias (Caldwell, 1970; Lipton y Klein, 1978; Butcher y Telegen, 1978).

Escala MAS (Ansiedad Manifiesta) La muestra Mexicana presenta una media mayor (54.0) que la media Norteamericana (45.3), con un puntaje medio. Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio, sin embargo la muestra Mexicana es más propensa a mostrar excitación e inquietud.

Escala Lb (Lumbalgia) La muestra Mexicana presenta una media mayor (51.0) que la media Norteamericana (48.9), con un puntaje medio. Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio, por lo que no presentan indicadores de molestias físicas, lumbalgias, dolor de cabeza y problemas del corazón.

Escala Ca (Caudalidad), la muestra Mexicana presenta una media mayor (58.0) que la media Norteamericana (43.1) con un puntaje medio. Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio normal. Sin embargo la muestra Mexicana es más propensa a presentar problemas neurológicos.

Hathaway señala que en su opinión, ningún clínico cree que las pruebas de lápiz y papel, sean útiles para lograr un diagnóstico tan importante como el de diferencial daño frontal y parietal de la corteza cerebral. No obstante se asegura que las escalas que se utilicen en éste sentido, pueden ofrecer información adicional, siempre y cuando sean adecuadamente validadas. Las puntuaciones elevadas reflejan daño cerebral localizado en la parte posterior; con frecuencia se sienten ansiosos, culpables y deprimidos. Refieren múltiples quejas físicas, no manejan bien la tensión, se preocupan en exceso y tienen problemas para controlar su expresión emocional.

Escala Dy (Dependencia) La muestra Mexicana presenta una media mayor de (54,0) que la media Norteamericana (45.3) con un puntaje medio. Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio normal; sin embargo la muestra Mexicana es propensa a mostrar necesidades de dependencia. Tienen creencias religiosas tradicionales y están afligidos por asuntos religiosos.

Escala Pr (Prejuicio) La muestra Mexicana presenta una media mayor de (52.0) que la media Norteamericana (47.0) con un puntaje medio. Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio normal.

Gough (1951), creó la escala Pr (prejuicio), el contenido se refiere a interés intelectual y optimismo vs. Pesimismo, confianza interpersonal vs. Hostilidad y agresión. Los puntajes altos indican a individuos con prejuicios, tienen opiniones y creencias dogmáticas, pueden presentar desarrollo académico bajo con una posición socioeconómica baja, pueden sentir resentimiento con los demás.

Escala St (Posición Social) La muestra Mexicana presenta una media menor (48.0) que la media Norteamericana de (51.4) con un puntaje medio. Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio normal. Esta escala indica a personas con actitud literaria, estética, con postura social, seguridad, confianza en sí mismo y en los demás, así como negación de temores y ansiedad.

Escala Cn (Control) La muestra Mexicana presenta una media menor (47.0) que la media Norteamericana (53.3) con un puntaje medio. Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio normal.

Las puntuaciones elevadas en ésta escala indican a personas convencionales moralistas, que sostienen creencias religiosas tradicionales y tienden a negar la motivación de su comportamiento.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias obtenidas en la muestra de la población Mexicana para las escalas de validez, y las obtenidas por Colligan en 1983.

Las medias de la muestra Mexicana en la escala de validez L (mentira), reflejan un puntaje T normal (59.79) mayor que el de la muestra Norteamericana con una media (49.9). Ambas muestras se encuentran dentro del promedio normal. Sin embargo la muestra Mexicana es más propensa a dar una imagen favorable de sí misma, niega faltas menores y defectos de su carácter en forma ingenua. Cabe señalar que la diferencia puede deberse a los reactivos que están elaborados en falso y a la traducción del cuestionario del MMPI original.

En la escala F (respuestas atípicas), la población Mexicana obtuvo un puntaje T normal-moderado (62.06), siendo este mayor que el que tuvo la población Norteamericana (52.3) normal; esto indica que la muestra Mexicana tiende a responder de manera desviada a los reactivos, reconocen abiertamente sentirse mal y presentar algún tipo de patología, pueden fingir o exagerar sus síntomas.

En la escala K (de corrección), la muestra Mexicana obtuvo un puntaje T normal (50.16), en comparación con la muestra Norteamericana que presentó un puntaje mayor (55.2). Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio normal.

Escalas Clínicas Básicas del MMPI, los resultados comparativos entre la muestra Mexicana y la Norteamericana no reflejan puntajes T elevados, que son considerados como patológicos; sin embargo, presentan puntajes T, por arriba de la media en algunas de las escalas.

En la escala 1 Hs (Hipocondriasis), el puntaje T es normal moderado en la media Mexicana (60.07) y mayor que el puntaje de la media Norteamericana (51.0), esto indica que aunque se encuentran dentro del promedio normal, la muestra Mexicana es propensa a tener preocupación acerca de su salud, puede presentar quejas somáticas, esta diferencia es esperada debido al rango de edad que predomina en esta población.

Esta escala es una de las más elevadas en algunas de las investigaciones realizadas en la población Mexicana. Ampudia, Durán y Lucio. (1995), reporta en su investigación, una elevación en la escala de Hs.

En la escala 2 D (Depresión), la muestra Mexicana presenta una media con un puntaje T normal (59.27), mayor que la

media Norteamericana (53.8). Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio normal. La población Mexicana es más propensa a tener reacciones depresivas.

Ampudia, Durán y Lucio. (1995), en la escala de depresión encontró que el grupo que tuvo un puntaje más elevado, fue el grupo de bajo promedio, lo que indica que experimentan sentimientos depresivos y muestran inseguridad, pesimismo y dudas acerca de sus capacidades; al igual que la escala Es (esquizofrenia), ésta escala está influida por factores culturales que tienden a elevarla. Los puntajes altos en la escala Es, se identifican con personas que experimentan sentimientos de inseguridad ante una actitud de autocrítica. Y en el grupo de mujeres indican que pueden experimentar sentimientos depresivos ante el rechazo, mostrándose inseguras, pesimistas y con dudas acerca de sus capacidades.

Rivera (1987), refiere que resulta difícil obtener puntajes bajos en ésta escala, ya que cuantitativamente, los estudios transculturales y en especial los que se han realizado en México, demuestran una importante tendencia a la elevación de la media estadística de los grupos Mexicanos, tanto en hombres como en mujeres; siendo superior en 5 puntos en el puntaje bruto a la media Norteamericana en el MMPI original.

Lucio y Reyes (1992), encontraron también diferencias en ésta escala en el grupo de estudiantes universitarios Mexicanos, con relación al grupo Norteamericano, e identificando ésta escala como una de las 4 primeras escalas más elevadas en el perfil.

En la escala 3 Hi (Histeria), la muestra Mexicana presenta una media con un puntaje T normal (58.05), mayor que la media Norteamericana (53.3). Ambas poblaciones se

encuentran dentro del promedio normal. Los resultados indican personas realistas, sensibles, equilibradas y razonables.

En la escala 4 Dp (Desviación Psicopática), la muestra Mexicana presenta una media con un puntaje T normal de (58.97) mayor que la media Norteamericana (52.9). Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio normal. Son personas sinceras, confiables, responsables y perseverantes.

En la escala 5 M/f (Masculinidad-Femineidad), la muestra Mexicana presenta una media mayor (59.78) que la Norteamericana (46.3), con un puntaje T normal. Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio normal. Son personas capaces, eficientes, con capacidad de empatía, de trato fácil e idealistas. Los resultados en esta investigación para dicha escala, son similares a los reportados por Lucio y Reyes, (1992).

Lucio y Reyes (1992), identificaron la escala M/F, como la más elevada del perfil, encontrando diferencias en la distribución de los puntajes T de la población Mexicana, observando que todas las escalas se acercan marcadamente a la zona de normalidad estadística, excepto en la escala M/F en las mujeres.

En la escala 6 Pa (Paranoia), la muestra Mexicana presenta una media (55.89) similar a la media Norteamericana (55.60) el puntaje T es normal. Indica que ambas poblaciones son sensibles a las relaciones interpersonales, en ocasiones pueden centrarse en sí mismas, con pensamiento claro, actúan racionalmente, son flexibles y precavidas.

En la escala 7 Pt (Psicastenia), la muestra Mexicana presenta una media mayor (57.94) que la media Norteamericana

(53.4) con un puntaje T normal. Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio normal. Son personas ordenadas, puntuales, confiables, con capacidad de adaptación, organización y confianza en sí mismos.

Escala 8 Es (Esquizofrenia), la muestra Mexicana presenta una media mayor (63.71) que la media Norteamericana (53.5) con un puntaje T normal moderado. Refleja a una población con poco interés en la gente, poco práctica, con fuertes preocupaciones religiosas, son creativos, imaginativos e irritables. La diferencia puede deberse a que esta escala tiene varios reactivos de contenido religioso, que pueden elevar las puntuaciones, dado que la muestra es tomada de una comunidad religiosa.

La escala Es (Esquizofrenia), tiende a elevarse en poblaciones Mexicanas en el MMPI original. El hecho de que permanezca en las escalas elevadas del perfil, probablemente se debe a factores transculturales. Lucio y Reyes (1992)

Escala 9 Ma (Hipomania), la muestra Mexicana presenta una media mayor (57.81) que la media Norteamericana (51.0) con un puntaje T normal. Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio normal. Reflejan extroversión, dinamismo, entusiasmo, equilibrados, realistas, responsables cuentan con energía para emprender diversas actividades, tienen una variedad de intereses con elevadas aspiraciones y ambiciones.

Escala 0 Is (Introversión Social), la muestra Mexicana presenta una media (56.08) similar a la media Norteamericana (55.6) con un puntaje T normal. Ambas poblaciones se encuentran dentro del promedio normal, lo que significa que ambas poblaciones les gusta participar socialmente y

relacionarse amistosamente, son responsables, realistas, entusiastas y equilibradas.

Existen diversos estudios realizados en México con muestras de estudiantes con el MMPI original, como el de Izaguirre, Sánchez y Ávila (1970), con 911 estudiantes universitarios partiendo del supuesto que las normas originales, requieren de una adaptación a poblaciones Mexicanas. Navarro (1971), con relación a los puntajes T y su relación con variables sociodemográficas, edad, sexo y nivel de inteligencia. Rivera, Ampudia, Lucio y Monzón (1976), realizaron un estudio con estudiantes universitarios, correlacionándolo con la detección temprana de Psicopatología. Lucio, (1976), llevó a cabo un estudio de las características hipocondríacas en estudiantes de medicina. Rivera, Monzón, Lucio y Ampudia, (1978), reportaron en un estudio la interpretación automatizada del MMPI para estudiantes universitarios. Ampudia, (1979), realizó un estudio comparativo entre estudiantes de la Facultad de Medicina y la Facultad de Ciencias.

Los resultados de las siguientes hipótesis de investigación reflejan:

H₀₂ (HIPÓTESIS NULA):

No existen correlaciones estadísticamente significativas entre las escalas de Validez, Clínicas Básicas y Suplementarias del MMPI.

H₁₂ (HIPÓTESIS ALTERNA):

Existen correlaciones estadísticamente significativas entre las escalas de Validez, Clínicas Básicas y Suplementarias del MMPI:

Se corrobora la hipótesis alterna al encontrar correlaciones estadísticamente significativas con valores de $>.30$ y sobre todo los más significativos de $>.70$ y $.80$.

El análisis de correlaciones entre las variables atributivas, reflejaron que a medida que aumenta el nivel de escolaridad, aumenta la capacidad productiva y viceversa, conforme el nivel de ingresos aumenta, la escolaridad también se incrementa. Se encontró una correlación entre el nivel de escolaridad y la escala de Do (Dominancia) y St. (Posición social), esto significa que a medida que aumenta la escolaridad, aumenta el rasgo de dominio y la posición social. Asimismo se observó una correlación entre el Ingreso con Do (dominancia) y Fyo (fuerza del yo), significa que a medida que aumenta el ingreso, aumenta el dominio y la fuerza yoica.

Las correlaciones más significativas de las escalas suplementarias consigo mismas, las presentan: A (Ansiedad) está alta y positivamente con MAS (Ansiedad Manifiesta), Ca (Caudalidad), Dy (Dependencia) y Pr (Prejuicio); Significa que a mayor ansiedad, mayor ansiedad manifiesta, caudalidad, dependencia y prejuicio. Ca (Caudalidad), está alta y positivamente correlacionada con A (Ansiedad), MAS (Ansiedad Manifiesta) y Dy (Dependencia); Esto indica que al aumentar los problemas neurológicos, aumentan los rasgos de ansiedad, ansiedad manifiesta y dependencia. Pr (Prejuicio) está alta y positivamente correlacionada con A (Ansiedad), esto indica que a mayor prejuicio, mayor ansiedad.

Las correlaciones más significativas entre las escalas clínicas básicas y suplementarias, las obtuvieron K (Corrección) alta y negativamente correlacionada con A (Ansiedad) y Pr (Prejuicio); a medida que aumenta la defensa, disminuye la ansiedad y el prejuicio y al aumentar la ansiedad y el prejuicio, disminuye la defensa. Pt (Psicastenia) está alta y positivamente

correlacionada con MAS (Ansiedad manifiesta) significa que a mayor obsesividad, mayor ansiedad manifiesta.

Las correlaciones más significativas en las escalas de validez y clínicas básicas que se encontraron, fueron las escalas F (Respuestas atípicas) con Es (Esquizofrenia), lo cual indica que al elevarse la incompreensión de los reactivos, también se elevan los rasgos esquizoides que reflejan confusión y Hs (Hipocondriasis) correlacionada directamente con Hi (Histeria); significa que al aumentar los rasgos hipocondríacos, también aumentan los rasgos histéricos y viceversa. D (Depresión) está altamente correlacionada con Pt (Psicastenia); Indica que al aumentar los rasgos depresivos, aumentan de igual manera los rasgos obsesivos de angustia y culpa, Es (Esquizofrenia) se correlaciona positivamente con Pt (Psicastenia), a medida que aumentan los rasgos obsesivos, aumentan los rasgos esquizoides y viceversa.

CONCLUSIONES

En conclusión, se puede observar que de acuerdo con el planteamiento de la investigación, y las hipótesis estudiadas, se confirma la hipótesis alterna al encontrar diferencias estadísticamente significativas, entre las medias Mexicanas y las medias Norteamericanas para las escalas de validez, clínicas básicas y suplementarias.

Las diferencias más importantes que se encontraron en las Escalas Suplementarias, las obtuvieron: Escala Fyo (Fuerza del yo), Hr (Hostilidad reprimida), A (Ansiedad) y Ca (Caudalidad); representan a una muestra de mujeres Mexicanas que tienen niveles más altos de ansiedad, represión, y inhibición de la agresión y necesidades de dependencia, tienen menor fuerza yoica que la población norteamericana. Son responsables, morales, religiosas, con capacidad para relacionarse interpersonalmente.

Con relación a las Escalas de Validez las diferencias más importantes que se obtuvieron en este estudio fueron: F (Respuestas atípicas) y L (Mentira), lo que representa a una muestra de mujeres Mexicanas que tiende a mentir, tratando de dar una imagen favorable de sí mismas así como negación de faltas menores y defectos en su carácter de forma ingenua, en ocasiones pueden responder de manera desviada a los reactivos y reconocen abiertamente sentirse mal y mostrar algún tipo de patología, pueden fingir o exagerar sus síntomas. Cabe mencionar que tal diferencia puede deberse a los reactivos que están elaborados en falso y a la traducción del cuestionario del MMPI original.

En las Escalas Clínicas Básicas, las puntuaciones más altas fueron para las escalas Es (Esquizofrenia), y M/F (Masculinidad/Femineidad). Indican a un grupo de mujeres con poco interés en la gente, poco prácticas, idealistas, capaces, eficientes, con fuertes preocupaciones religiosas, con creatividad, imaginación, e irritabilidad. La diferencia se debe a que los contenidos de los reactivos de la escala son de tipo religioso, dado que la muestra fue tomada de una comunidad religiosa, puede explicarse la elevación.

Como se puede observar, las diferencias encontradas en las puntuaciones de la media, refieren características de personalidad distintas tanto en la muestra Mexicana como en la Norteamericana. Cabe señalar que no se encontraron diferencias significativas en dos de las escalas clínicas básicas Pa (Paranoia) e Is (Introversión Social) obteniéndose resultados en las medias muy similares, lo que reflejan rasgos comunes en cuanto a la sensibilidad, son racionales, responsables, realistas, entusiastas y precavidas.

Horney, (1976), Fromm. (1985) y Sullivan, (1964), citados por Pérez y Farías (1995). Sostienen que la personalidad no solo abarca los elementos innatos que se conocen como temperamento, que es el modo personal y susceptible con el que se responde al estímulo afectivo, siendo también una serie de elementos aprendidos mediante la interacción con otros, o sea el proceso de socialización, podemos comprender que existen elementos comunes determinados en una normatividad social que son medibles.

Withaker, (1968), señala que hay que entender a la personalidad medible como la organización única de características que determina una norma típica o recurrente de un individuo en términos de las comparaciones con otros individuos. Habría que verlo como un modo en que el sujeto

trata de ajustarse y permanecer en armonía con el ambiente y con el resto de los individuos que lo rodean.

Cueli y Reidl. (1972), añade que el rasgo individual es una verdadera característica, porque los rasgos se dan siempre en individuos y no en la comunidad, y se desarrollan y generalizan hasta llegar a ser disposiciones dinámicas de modos únicos que varían de acuerdo con las experiencias de cada sujeto.

Esta aseveración concuerda con el punto de vista de otros autores en lo que al análisis de la personalidad de un individuo se refiere. Rivera, (1987), en las consideraciones que hace de la aplicación del MMPI y su interpretación, advierte que las características de una autodescripción, deben considerarse con base en sus relaciones internas, como en la posibilidad de que sean comparadas con los resultados estadísticos obtenidos del estudio de grupo.

Partiendo de esto, el MMPI por ser un instrumento autodescriptivo con un nivel de medición intervalar, permite en efecto evaluar los rasgos de personalidad y posibilita la comparación estadística con diferentes grupos y nacionalidades.

La presente investigación se apoya en los aspectos antes mencionados, obteniendo así rasgos de personalidad diferentes en cada población, con las normas correspondientes para cada escala.

El análisis de correlación reportó resultados importantes, en las escalas suplementarias, a medida que aumenta la ansiedad; aumenta la ansiedad manifiesta, caudalidad, dependencia y el prejuicio y a mayor prejuicio mayor ansiedad.

Con relación a las escalas de validez y clínicas con las suplementarias se correlacionaron a medida que aumenta la defensa, disminuye la ansiedad y el prejuicio y viceversa. La correlación más alta la obtuvo la escala F con Es, lo cuál indica que al elevarse la incomprensión de los reactivos aumentan los rasgos esquizoides de confusión. Hs se correlacionó altamente con Hi al aumentar los rasgos hipocondríacos aumentan los rasgos histéricos y viceversa. La escala D (Depresión) con Pt (Psicastenia) y Es (Esquizofrenia) con Pt (Psicastenia); Indica que al aumentar los rasgos depresivos aumentan los rasgos de angustia y culpa y a medida que aumentan los rasgos obsesivos aumentan los rasgos esquizoides y viceversa. Por lo anterior se concluye que la prueba y la investigación tienen una alta consistencia.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las mayores dificultades con las que se enfrenta el presente trabajo, es el tener una muestra no probabilística, intencional, debido a esto, la investigación no se puede generalizar a toda la población Mexicana, sin embargo al ser una muestra tan amplia y al realizar la aplicación en un centro donde convergen personas de diferentes lugares de la Ciudad, así como de distintas clases sociales y escolaridad, pueden estos resultados ser representativos de una pequeña muestra de la población Mexicana, por lo que las medias obtenidas en ésta investigación, representan rasgos de personalidad, característicos de algunas de las mujeres Mexicanas y pueden ser aplicadas y generalizadas las medias que se obtuvieron en esta investigación, con muestras semejantes.

La conclusión más relevante en dicha investigación es el detectar la importancia que tiene el utilizar medias propias para cada población, debido a que son muy diferentes los rasgos de personalidad de una población a otra, pues influyen factores genéticos, ambientales y culturales. Por tal razón es importante obtener las medias de acuerdo a la edad y sexo de la población.

El presente estudio puede servir de base para futuras investigaciones en las cuáles se amplíe más la muestra, o bien se realicen investigaciones a través de muestreos aleatorios o probabilísticos, para poder generalizar las normas en la población Mexicana.

Cabe mencionar que otra limitación importante es el haber realizado el estudio únicamente con una muestra de mujeres, sería conveniente investigar en poblaciones de ambos sexos, para poder obtener las medias correspondientes, y las diferencias entre los mismos, debido a que culturalmente son distintos los rasgos entre hombres y mujeres por el rol que cada uno de ellos debe asumir.

Una de las mayores aportaciones y dificultades del presente estudio es el haber investigado con las escalas suplementarias del MMPI original, puesto que en México, son poco conocidas e investigadas, se sugiere que se realicen estudios del MMPI original con el MMPI-2 para las escalas suplementarias del MMPI.

Actualmente se han realizado varias investigaciones con las escalas suplementarias en Estados Unidos y en México, pero con el MMPI- 2. Aunque es una limitante no haber usado en la presente investigación el MMPI-2, al mismo tiempo pienso que es un aporte y puede ser útil, ya que no se tenían estudios de las escalas suplementarias con el MMPI original y puede servir para realizar otros estudios comparativos.

Me permito exhortar a los estudiantes de psicología para que continúen realizando investigaciones con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, en especial con las escalas suplementarias, en virtud de que aportan y complementan la información que se obtiene a través de las escalas de validez y clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Allport Gordon W. (1974). *PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD* Editorial Paidós, Buenos Aires.

Allport Gordon W (1977). *LA PERSONALIDAD SU CONFIGURACIÓN Y DESARROLLO*; Editorial Herder, Barcelona, España.

Allport Gordon W. (1977). *LA PERSONALIDAD*. Editorial Herder, Barcelona.

Ampudia, A. & Lucio E. (1994). *NORMS AND VALIDITY OF SUPPLEMENTARY SCALES OF MMPI-2 IN MEXICAN UNIVERSITY STUDENTS UNAM*. Presented at the 23rd International Congress Of Applied Psychology. Madrid, Spain.

Ampudia Rueda A. (1994). *EL MMPI-2 Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología U.N.A.M., México, D.F.

Ampudia, A., Durán, C. Y Lucio E. (1995). *CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-2 EN POBLACIÓN MEXICANA*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. I (2) 25-49.

Anastasi A. (1967). *LOS TESTS PSICOLÓGICOS*; Editorial Aguilar, México, D. F.

Barron, F. (1953). AN EGO-STRENGTH SCALE WHICH PREDICTS RESPONSE TO PSYCHOTHERAPY. Journal of Consulting Psychology, 17, 327-333.

Bleichmar Norberto, Bleichmar L.C. (1989). EL PSICOANÁLISIS DESPUES DE FREUD TEORÍA Y CLÍNICA. Editorial Eleia, México, D.F.

Bleger J. (1981). PSICOLOGÍA DE LA CONDUCTA; Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.

Butcher, J.N., (1989). USER'S GUIDE FOR THE MINNESOTA PERSONNEL REPORT, Minneapolis: National Computer Systems.

Catell R. B., (1965). EL ANALISIS CIENTIFICO DE LA PERSONALIDAD. Editorial Fontanella, Barcelona.

Cameron Norman, (1992). DESARROLLO Y PSICOPATOLOGIA DE LA PERSONALIDAD; Editorial Trillas 2º Edición, México, D.F.

Cárdenas Y. (1987). ESTUDIO ENTRE LA ADICIONAL DEL MMPI AC. (LOGRO ACADÉMICO) Y PROMEDIO EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE ADOLESCENTES; Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México D.F.

Codersh Ivan, (1987). PSIQUIATRIA DINÁMICA, Editorial Herder 4ta. Edición, Barcelona, España.

Colligan R.C. Osborne D., Offord, K.P. (1980). *LINEAR TRANSFORMATION AND INTERPRETATION OF MMPI T SCORES*. Journal of Clinical Psychology, (36), 162-165.

Colligan R.C. Osborne D. Wendell M.S. Kenneth P.O. (1983). *THE MMPI A CONTEMPORARY NORMATIVE STUDY*; By Praeger, New York, U.S.A.

Colligan, R.C. Osborne, D. Offord, K.P. (1984). *NORMALIZED TRANSFORMATION AND THE INTERPRETATION OF MMPI SCORES A REPLY TO HSU*. Journal of Consulting and Clinical Psychology (52), 824-826.

Colligan, R.C., and Offord, K.P. (1984). *THE MMPI: DEVELOPMENT OF CONTEMPORARY NORMS*. Journal of Clinical Psychology, (40), 100-107.

Colligan, R.C. and Offord, K.P. (1987). *RECILENCY RECONSIDERED CONTEMPORARY MMPI NORMATIVE DATA FOR BARRO'S EGO STRENGTH ESCALE*. Journal of Clinical Psychology, (43) 5, 467-472.

Colligan, R.C. and Offord, K.P. (1987 b). *THE MAC ANDREW ALCOHOLISM ESCALE APPLIED TO A CONTEMPORARY NORMATIVE SAMPLE*. Journal of Clinical Psychology, (43), 291-293.

Colligan, R.C., Davis, Jr. L. J., Morse, R.M. and Offord, K.P. (1988). *SCREENING MEDICAL PATIENTS FOR ALCOHOLISM WITH THE MMPI: A COMPARISION OF SEVEN ESCALES*, Journal Clinical Psychology (44) 582-592.

Colligan, R.C., and Offord, K.P. (1988 a). **CHANGES IN MMPI FACTOR ESCORES: NORMS FOR THE WELSH A AND R. DIMENSIONS FROM A CONTEMPORARY NORMAL SAMPLE.** *Journal Clinical Psychology*, (44) 142-148.

Cueli José. Y Cols. (1995). **TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD.** Editorial Trillas, México, D.F.

Cueli J., Reidl L. (1972). **TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD;** Editorial Trillas, México, D.F.

Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S. (1975). **AN MMPI HAND BOOK: A GUIDE TO USE IN CLINICAL PRACTICE AN RESEARCH** MINNEAPOLIS, University of Minnesota Press.

Dana Richard H, (1972). **TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA,** Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.

Davidoff, L. (1979). **INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA.** Editorial Mc. Grawhill, México.

De la Fuente, Ramón, (1959). **PSICOLOGÍA MÉDICA.** Editorial del Fondo de Cultura Económica México, D.F.

Esquivel F., Heredia C., Lucio E. (1994). **PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO.** Editorial Manual Moderno, México, D. F.

Ey Henri, P. Bernard, C.H.P. Brisset (1980). **TRATADO DE PSIQUIATRÍA,** Editorial Toray Masson 8º Edición, Barcelona, España.

Eysenck, H.J., (1952), *The Scientific Study of Personality*, Editorial Routledge y Keagan Paul, Londres.

Fadiman James., Frager Robert. (1979). *TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD*. Editorial Harla, México, D.F.

Gallegos M.L. (1966). *CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD DE UN GRUPO DE PERSONAS QUE PADECEN NEURODERMATITIS*. Tesis de Licenciatura U.N.A.M., México, D.F.

Gough, H.G., McClosky, H., y Meehl, P.E. (1951). *A PERSONALITY SCALE FOR DOMINANCE*. Journal of abnormal and Social Psychology. (46) 360-366.

Graham J.R. (1987). *MMPI GUÍA PRACTICA*; Editorial Manual Moderno, México, D.F.

Hall, C.S.y Lindzey, G., (1965). *THEORIES OF PERSONALITY*, Editorial Wiley, Londres.

Hathaway, S. R., & McKinley J.C. (1940). *A MULTIPHASIC PERSONALITY SCHEDULE (MINNESOTA): I. Construction of the schedule*. Journal of Psychology, 10, 249-254.

Hathaway, S. R. (1956). *SCALES 5 (MASCULINITY-FEMINITY), 6 (PARANOIA), AND 8 (SCHIZOPHRENIA)*. In G. S. Welsh & W. G. Dahlstrom (Eds.), *Basic readings on the MMPI in Psychology and Medicine*. Minneapolis[University of Minnesota Press.

Hathaway, S.R. y Briggs, P. F. (1957), **SOME NORMATIVE DATA ON NEW MMPI SCALES**. Journal Clinical Psychology, Vol. 13 364-368.

Hathaway S. R. Mckinley J. C. (1965). **PERSONALITY INVENTORIES**. In B. B. Wolman (Ed.) Handbook of Clinical Psychology (pp. 451-476). New York Mc Graw-Hill.

Hathaway S. R. McKinley J.C. (1967). **INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MMPI. (MANUAL)**; Editorial Manual Moderno, México, D.F.

Izaguirre, C. Sanchez,C. Y Avila, Y. (1970) **NORMAS DE CALIFICACION DEL MMPI EN ADOLESCENTES DE LA ENEP. DE LA UNAM**. Tesis de Lic. En Psicología UNAM. México D.F.

Jourard Sidney, Ted Landsman, (1987). **LA PERSONALIDAD SALUDABLE**, Editorial Trillas 2º Edición, México, D.F.

Kleinmutz, (1961), **THE COLLEGE MALADJUSTMENT SCALE NORMS AND PREDICTIVE VALIDITY**. Educational and Psychological Measurement (21) 1029-1033.

Kerlinger, N.F. (1975). **INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO**. Editorial Interamericana, México, D.F.

Kolb Laurence C., (1992). **PSIQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA**, Editorial Prensa Médica Mexicana 6º Edición, México, D.F.

Lucio G.M. E. (1995). **MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL MMPI-2 INVENTARIO MULTIFASICO DE LA**

PERSONALIDAD MINNESOTA-2. Versión Español Editorial Manual Moderno. México, D.F.

Lucio G.M. y Reyes Lagunes (1992). *ESTANDARIZACIÓN Y NORMALIZACIÓN DEL MMPI-2 EN ESPAÑOL EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.* En Prensa. Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.

Lucio G.M. y Reyes Lagunes (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.

Lucio G.M.E. & Labastida, V.M. (1988). *CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD QUE INFLUYEN EN LA DESERCIÓN DE LA CARRERA DE CIRUJANO DE LA U.N.A.M.* *Revista Mexicana de Psicología* 10 (1) México, D.F.

Lucio E., Ampudia A. Y Durán C. (1997). *UN ESTUDIO DE CONFIABILIDAD TEST-RETEST DEL MMPI-2 EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES MEXICANOS.* *Revista Mexicana de Psicología* 14 (1) 55-62.

MacAndrew, C. (1965). *THE DIFFERENTIATION OF MALE ALCOHOLIC OUTPATIENTS FROM NONALCOHOLIC PSYCHIATRIC OUTPATIENTS BY MEANS OF THE MMPI.* *Quarterly Journal of Studies of Alcohol*, (26) 238-246.

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, Cook y Mendelson, G.A. (1967) DEVELOPMENT AND VALIDATION OF AN MMPI SCALE OF ASSAULTIVENESS IN OVERCONTROLLED INDIVIDUALS. Journal of Abnormal Psychology (72) 519-528.

Messick, S. Y Jackson, D. N. (1961). ACQUIESCENCE AND THE FACTORIAL INTERPRETATION OF THE MMPI. Psychological Bulletin. (58) 299-304.

Morales M.L. (1987). PSICOMETRÍA APLICADA. Editorial Trillas, México, D.F.

Navarro, R. (1971). EL MMPI (ESPAÑOL) APLICADO A JÓVENES MEXICANOS: INFLUENCIAS DE SEXO, EDAD, NIVEL DE INTELIGENCIA. Revista Interamericana de Psicología 5 (3-4): 127-137.

Navarro, R. (1971). ORIENTACIÓN VOCACIONAL, PRIMER INGRESO, CAMBIO DE CARRERA Y EL SEXO EN EL MMPI. Revista Interamericana de Psicología (7): 1-2 Universidad Iberoamericana, México, D.F.

Núñez R. (1979). APLICACIÓN DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MMPI A LA PSICOPATOLOGIA; Editorial Manual Moderno, México, D.F.

Núñez R. (1994). APLICACIÓN DEL MMPI A LA PSICOPATOLOGÍA. Editorial Manual Moderno, México D.F.

Pérez y Farías. J.M. (1995). UN ESTUDIO DE CONFIABILIDAD CON EL MMPI EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES

UNIVERSITARIOS. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología U.N.A.M., México, D.F.

Pichot, L., (1979). *LOS TESTS MENTALES.* Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.

Rivera, J.O., (1995). *INTERPRETACIÓN DEL MMPI EN PSICOLOGÍA CLÍNICA LABORAL Y EDUCATIVA.* Editorial El Manual Moderno, México, D.F.

Rivera O., Esquivel F., Lucio E. (1987). *INTEGRACIÓN DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS.* Editorial Diana, México D.F.

Saucedo, R., (1992). *DIFERENCIAS EN EL PERFIL PSICOLÓGICO DE PERSONALIDAD ENTRE ESTUDIANTES DE CONTADURÍA PÚBLICA Y DERECHO.* Tesis de Lic. En Psicología de la Universidad del Valle de México, México, D.F.

Segal, H., (1964), *INTRODUCCIÓN A LA OBRA DE MELANIE KLEIN* Editorial Paidós, México, D.F.

Sidney. S. (1980). *ESTADÍSTICA NO PARAMÉTRICA APLICADA A LAS CIENCIAS SOCIALES.* Editorial Trillas, México D.F.

Sidney M.J., Landsman T. (1987). *LA PERSONALIDAD SALUDABLE.* Editorial Trillas, México, D.F.

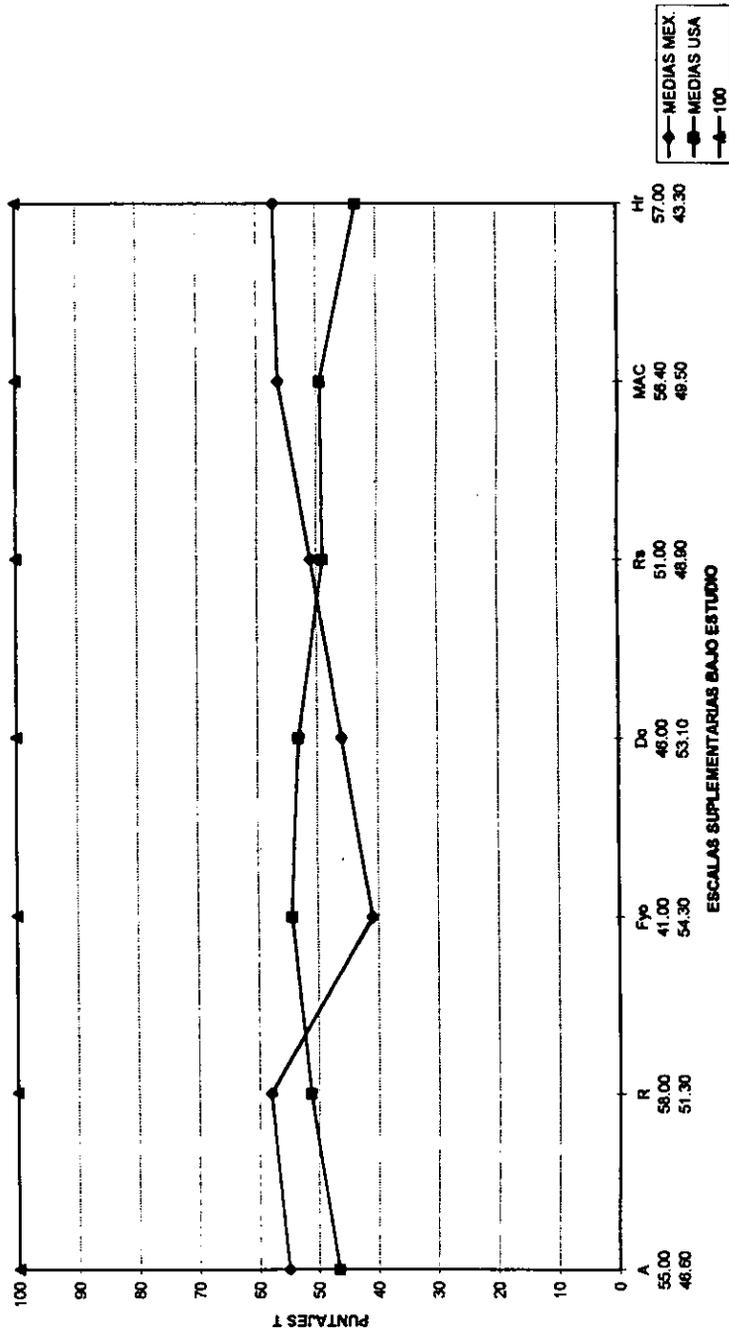
Tyler, I. (1951). *PSICOLOGÍA DE LAS DIFERENCIAS HUMANAS.* Editorial Marova, Madrid, España.

Welsh, G.S. (1956). *FACTOR DIMENSIONS A AND R*. In G.S. Welsh & W.G. Dahlstrom (Eds.), *Basic readings on the MMPI in psychology and medicine* Minneapolis. University of Minnesota Press.

Whittaker, J. (1988). *PSICOLOGÍA*. Editorial Interamericana, México, D.F.

A P E N D I C E

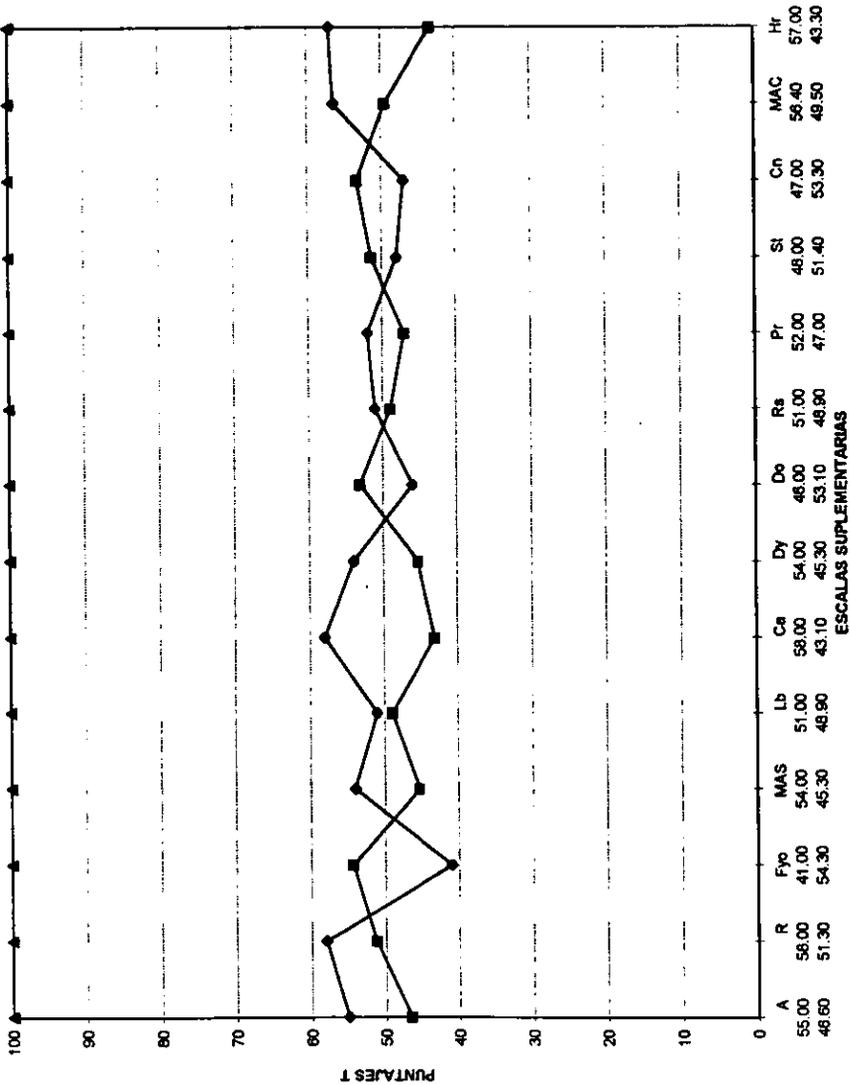
COMPARACIÓN DE MEDIAS EN PUNTAJES T. SUPLEMENTARIAS BAJO ESTUDIO Y LAS REPORTADAS POR COLLIGAN 1983



ESCALAS SUPLEMENTARIAS BAJO ESTUDIO

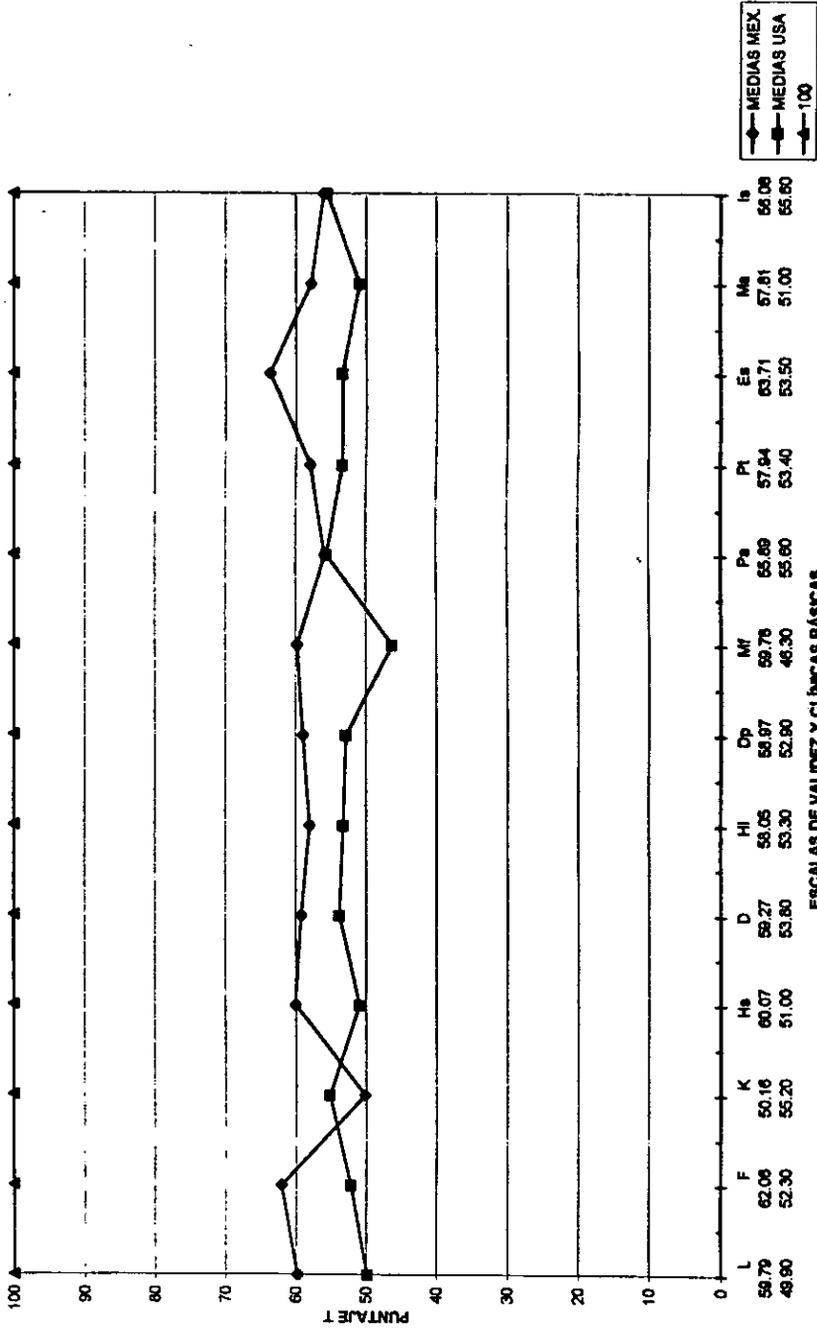
GRÁFICA 1

COMPARACIÓN DE MEDIAS EN PUNTAJES T. SUPLEMENTARIAS OBTENIDAS EN ESTA INVESTIGACIÓN Y LAS REPORTADAS POR COLLIGAN 1983.



GRÁFICA 2

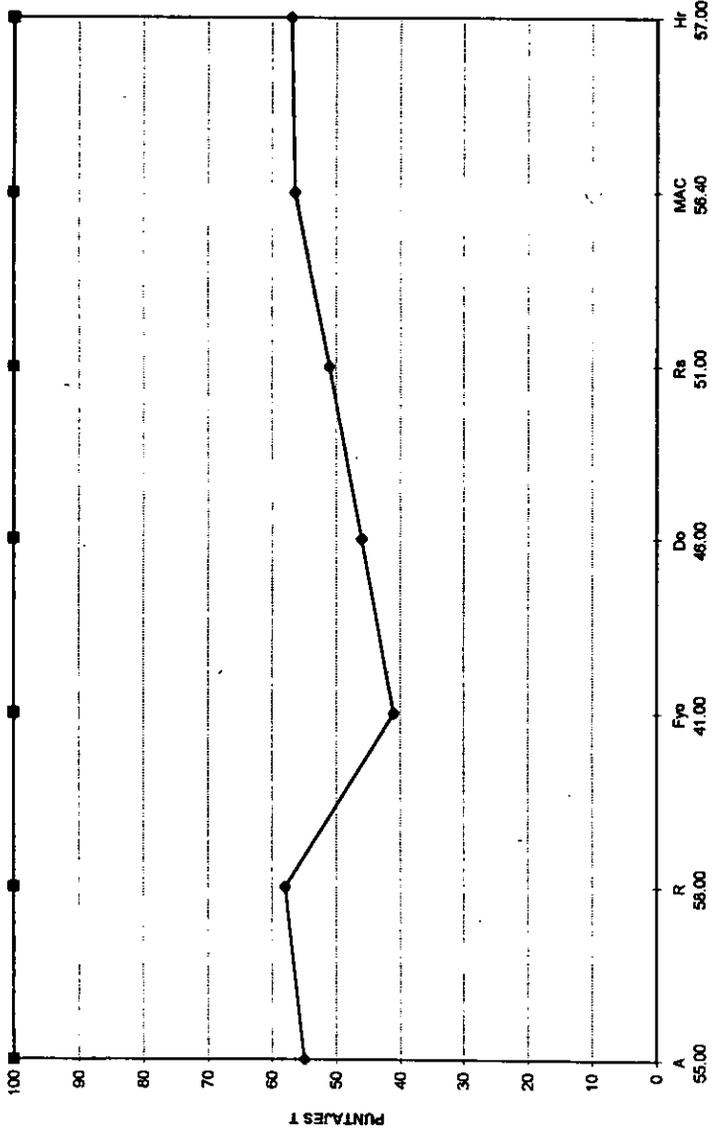
COMPARACIÓN DE MEDIAS EN PUNTAJES T. DE VALIDES Y CLÍNICAS BÁSICAS OBTENIDAS EN ESTA INVESTIGACIÓN Y LOS REPORTADOS POR COLLIGAN 1983.



ESCALAS DE VALIDEZ Y CLÍNICAS BÁSICAS

GRAFICA 3

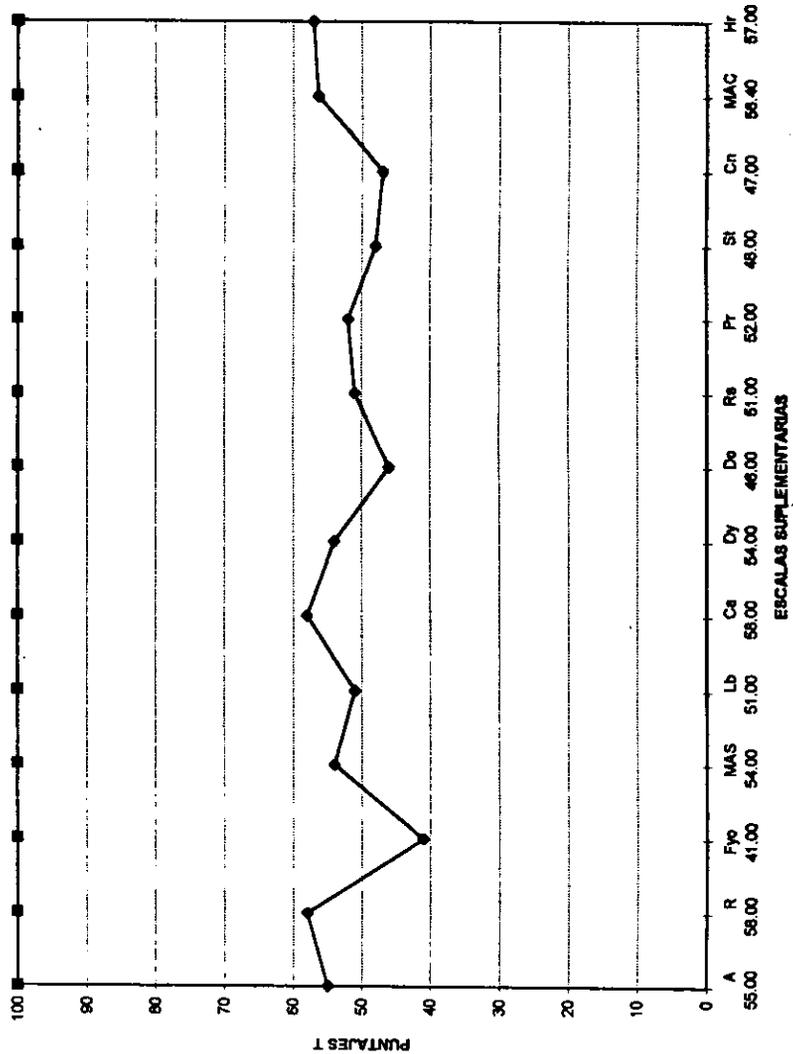
MEDIAS DE LA MUESTRA MEXICANA EN ESCALAS SUPLEMENTARIAS CON PUNTAJES T.



ESCALAS SUPLEMENTARIAS BAJO ESTUDIO

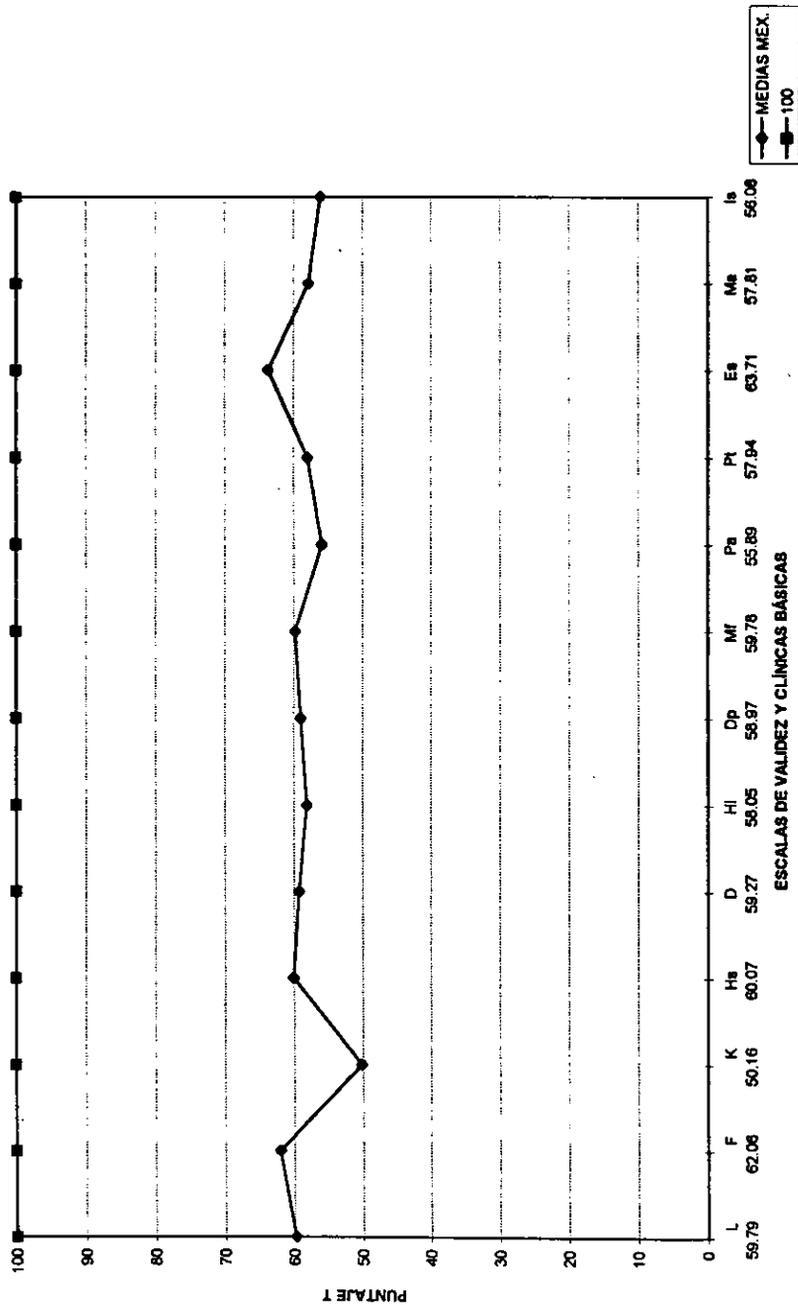
GRÁFICA 4

MEDIAS EN LA MUESTRA MEXICANA PARA LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS CON PUNTAJES T.



GRÁFICA 5

MEDIAS DE LA MUESTRA MEXICANA EN ESCALAS DE VALIDEZ Y CLÍNICAS BÁSICAS EN PUNTAJES T.



ESCALAS DE VALIDEZ Y CLÍNICAS BÁSICAS

GRÁFICA 6