



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

234

PSICOPATOLOGIA EN MADRES CON HIJOS CON
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.
ESTUDIO PILOTO EN UN CENTRO DE SALUD.

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a

MA. GUADALUPE OÑATE RIVADENEYRA

México, D. F.

1983



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.

Universidad Nacional
Autónoma de México



ESTADO DE GUERRERO

REGISTRADO EN EL MEXICO POR LOS
PROGRAMAS DE SERVICIOS
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

75053.08
UNAM. 75
1983

MT 20195

Apr. 1027

SECRET

REGISTRADO EN EL MEXICO

Con inmenso cariño y gratitud,
a mis padres, Roberto y Carmen,
por todo lo que he recibido
de ellos.

A mis hermanos,
por su compañía y aliento.

A FERNANDO, CON TODO MI AMOR.

A todas aquellas personas
que han caminado a mi lado.

A G R A D E C I M I E N T O

Al Doctor Federico G. Puente Silva,
por su dirección, interés y entusiasmo
en la elaboración de este trabajo.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
I ANTECEDENTES	
1. Antecedentes -----	5
2. Algunas Consideraciones del Pro- blema en México -----	15
3. Planteamiento del Problema -----	22
3.1 Hipótesis de Trabajo -----	23
II METODOLOGIA Y ANALISIS DE DATOS	
1. Diseño del Estudio: Casos-control	26
1.1 Muestra -----	26
2. Escenario y Administración del Instrumento -----	27
3. Descripción del Instrumento -----	30
3.1 Antecedentes Generales -----	30
3.2 La Personalidad y la Psicología Experimental -----	34
3.3 Estandarización de Datos: Muestra Normal -----	42
3.4 Estandarización de Datos: Muestras Anormales -----	45

3.5	Inteligencia y Personalidad	-----	46
3.6	Administración del Cuestionario	--	47
4.	Estadística	-----	49
5.	Resultados	-----	54
III	DISCUSION Y CONCLUSIONES		
1.	Discusión	-----	60
2.	Conclusiones	-----	64
IV	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	-----	66
V	APENDICE	-----	73

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

1. INTRODUCCION

Podemos considerar a México como un país de jóvenes, ya que el 45% de su población total es de menores de edad (aproximadamente 31 millones de personas de un total de 69 millones de que consta la población total).

Tomando en cuenta que, del número total de personas que asisten a consulta a los Centros de Salud de la SSA, el 76% son menores de 12 años, se consideró importante investigar un problema que frecuentemente se presenta en las consultas de los servicios de Salud Mental de dichos Centros.

La presente investigación tuvo como objetivo en contrar si existían diferencias en la personalidad de dos grupos de madres asistentes a un Centro de Salud: las que llevan a sus hijos al servicio de Salud Mental y las que los llevan a Pediatría y si existía alguna relación significativa entre los problemas psicológicos de los menores asistentes al servicio de Salud Mental

y el estado emocional de sus madres.

Así mismo, se pretendió establecer si existía - mayor morbilidad psicológica entre las madres - que llevaban a sus hijos al servicio de Salud Mental y las que los llevaban a Pediatría.

Utilizando la metodología de Casos-control, se formó un grupo Control con 30 madres que asistieron llevando a sus hijos al servicio de Pediatría y como grupo de Casos se tomó a otras - 30 madres que asistieron llevando a sus hijos - al servicio de Salud Mental.

Para llevar a cabo esta investigación se aplicó el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ), en su versión para zonas sub-urbanas y rurales.

I

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

Desde hace muchos años ha sido motivo de interés de la psicología y disciplinas afines la relación existente entre madres e hijos y las formas de influencia que pueden ejercer uno sobre el otro (ya sea en beneficio o no de alguno de ellos).

Numerosas investigaciones hechas al respecto han obtenido diversos resultados, algunos de ellos contradictorios. En algunas ocasiones se ha llegado a la conclusión de que la psicopatología en los padres provoca un mayor riesgo de enfermedad en los hijos; en otras, por el contrario, no se encontraron resultados significativos por lo cual el tema es hasta la fecha motivo de discusión e investigación.

Rutter (26) demostró que los niños con desórdenes psiquiátricos, con mayor frecuencia tenían padres con enfermedades psiquiátricas que aquellos niños con enfermedades orgánicas.

Shepherd y col. (29), encontraron pequeñas diferencias entre la severidad de los desórdenes en un grupo de niños atendidos en una clínica infantil y en el grupo control. Ellos notaron que -

las madres de los niños atendidos en la clínica reportaban con mayor frecuencia que sufrían de los nervios. Esto sugiere que los desórdenes psiquiátricos en los padres están más ligados con la necesidad de ayuda para los niños que con la prevalencia de desórdenes psiquiátricos.

En un estudio de Rutter (25), se encontró que había dos veces más desórdenes psiquiátricos en las hijas de pacientes que en las del grupo control, sin embargo, no resultó igual en los hijos hombres.

Este mismo autor, en 1979 (27) encontró que los desórdenes estaban asociados a discordia marital, desviaciones psiquiátricas paternas y desventajas sociales.

Cooper y cols. (8), en un estudio sobre los hijos de pacientes psiquiátricos, encontraron mayor prevalencia de desórdenes psiquiátricos en los hijos de pacientes que en los del grupo control, así como que en las familias con hijos con desórdenes hubo mayor prevalencia de discordias maritales y el diagnóstico de desórdenes de personalidad en los padres fue mayor.

Después del tratamiento de los padres, se encontraron mejorías en los hijos también, lo cual nos sugiere que los desórdenes psiquiátricos de estos niños eran reacciones a la presencia de crisis emocionales en las familias.

Buck y Laughton (7), encontraron mayor prevalencia de niños con problemas físicos y emocionales cuyas madres eran neuróticas.

Hare y Shaw (15), reportaron que los problemas de conducta en los niños estaban significativamente relacionados con la deficiencia de salud y la neurosis en los padres.

Fabian y Donohue (13), enfatizaron que la depresión en las madres es un factor determinante en la producción de desórdenes en la niñez, tales como problemas para comer.

Rutter (26) y Wolff y Acton (34), observaron un exceso de morbilidad física y psiquiátrica en los padres de niños con algún disturbio emocional.

Jenkins (18), encontró que, ciertos factores fa-

miliares y características de los padres, estaban asociados con el patrón de desorden en niños con algún padecimiento.

Chawla y Gupt (9), en un estudio comparativo entre padres con niños normales y padres con hijos con disturbios emocionales, encontraron diferencias significativas en ciertas variables: presencia de morbilidad psiquiátrica en las madres con hijos con problemas, diferentes técnicas de disciplina entre un grupo y otro, así como diferentes actitudes hacia los hijos y hacia la relación marital. Un amplio porcentaje de las madres del grupo de casos veían a sus propias madres como rechazantes y otras refirieron sentir al padre indiferente.

En cuanto a las técnicas de disciplina utilizada, se observó que la inconsistencia fue más común en el grupo de casos, mientras que en el grupo control se usaba más la discusión/persuasión, siendo las diferencias significativas.

En lo que se refiere a las actitudes con los hijos, se encontraron diferencias significativas en cuanto a que el grupo de casos fue más indulgente y sobreprotector, pero menos cariñoso y cálido con los hijos, que el grupo control.

Alanen (1), ha realizado numerosas investigaciones con madres de esquizofrénicos. En una de ellas, comparó madres con hijos esquizofrénicos, con madres con hijos neuróticos y normales, encontrando que las madres de los esquizofrénicos eran más sobreprotectoras que las madres de los otros grupos.

En otra investigación encontró que las madres de mujeres esquizofrénicas fueron más hostilmente sobreprotectoras que las madres de muy neuróticos y normales. Su descripción se acerca mucho al concepto de 'madre esquizofrenizante' de -- Fromm-Reichman.

Este mismo autor, en otra investigación comparó madres de esquizofrénicos contra madres de neuróticos y normales, encontrando diferencias significativas en cuanto a que las madres de esquizofrénicos presentaron comportamientos 'esquizoides' o border line, así como una vida afectiva limitada y pobre auto-control.

De estudios llevados a cabo por autores como Sharan (28) y Mishler y Waxler(20,21), se concluye que los patrones de dominación usados por las familias de esquizofrénicos no difieren signifi-

cativamente de los patrones utilizados por familias normales.

Otra serie de estudios realizados por autores como Farina (14), revelaron que sí hay una asociación entre una personalidad premórbida pobre en el paciente y la dominancia de uno de los padres, por el padre del sexo opuesto al del paciente.

En lo que se refiere a la armonía existente entre los padres de esquizofrénicos, en numerosos estudios se observó consistentemente que los padres de esquizofrénicos muestran mayor falta de armonía marital que los grupos normales, representada por conflictos abiertos o tácitos, hostilidad expresada, oposición a actitudes espontáneamente expresadas y dificultad en llegar a un acuerdo.

En otros estudios se encontró que más madres con hijos esquizofrénicos crónicos hospitalizados mostraban desórdenes de carácter de tipo esquizoide o border line que las madres de esquizofrénicos rehabilitados.

Los hijos de personas psicóticas muestran un pequeño incremento en los desórdenes psiquiátricos en forma de conductas y desórdenes neuróticos y los hijos de neuróticos y de personas con desórdenes de la personalidad muestran un mayor riesgo.

La mayoría de los estudios muestran más madres - que padres enfermos (34, 5, 9) y a pesar de que el desorden de la personalidad es típico de los padres, ambas enfermedades, física y psiquiátrica está presente mucho más seguido en las madres.

Rutter (26), determinó que la enfermedad en los niños, usualmente seguía a la de los padres y no en un espacio grande de tiempo. Consideró que los factores ambientales eran muy importantes en esta asociación.

Un estudio realizado por Hobbs (16), donde se buscó calcular el tiempo relativo entre la aparición de la enfermedad de los padres y la de los hijos y así obtener evidencia de la relación existente entre ambas enfermedades, tuvo los siguientes resultados:

del total de familias estudiadas, el 49% tenía a la madre enferma, 33% al padre y 19% a ambos.

De 70 familias enfermas estudiadas, en todas hubo enfermedad en los padres.

De los mal adaptados, hubo más varones que niñas y la mayor incidencia se dio entre los 6 y los 13 años.

Spitz (32), en su libro sobre el Primer año de vida del Niño, nos habla de la estrecha relación entre la madre y el hijo, lo determinante que resulta la presencia de ésta para el niño, lo mucho que depende el bebé de ella y las respuestas que una madre es capaz de suscitar en su bebé.

Menciona que la mayor parte del primer año de vida, el niño dedica sus esfuerzos a sobrevivir y a formar y elaborar dispositivos de adaptación que sirvan para conseguir esa meta. El lactante durante este período de su vida está desamparado, siendo incapaz de conservarse vivo por sus propios medios. Todo aquello de que carece el infante lo compensa y proporciona la madre.

En el transcurso del primer año de vida, la criatura pasará por una etapa de simbiosis psicológica con la madre, desde la cual ganará gradualmen

te la etapa siguiente, en donde se van a desarrollar las interrelaciones sociales.

Para el neonato, el medio circundante consiste, por decirlo así, en un solo individuo: la madre o quien la sustituye.

Pero incluso este individuo único no es percibido por el recién nacido como una identidad distinta a él, sino que es simplemente parte de la totalidad de sus necesidades y de su satisfacción.

La existencia de la madre, su sola presencia, actúa como un estímulo para las respuestas del infante; su acción más pequeña, aun cuando ésta sea insignificante, hasta cuando no esté relacionada con el pequeño, actúa como estímulo.

Aquellos actos del infante que agradan a la madre, son favorecidos por ella y de eso se sigue que sus preferencias tendrán una influencia directa sobre el desarrollo. Las facilidades, en más amplia medida, para las acciones del infante no se las proporcionan los actos conscientes de la madre, sino más bien las actitudes inconscientes de ella.

En lo que se refiere a las relaciones patológi -

cas, Spitz agrega que cuando prevalecen relaciones madre-hijo incorrectas, podemos suponer que la personalidad de la madre es incapaz de ofrecer al niño una relación normal, o que por razones de su personalidad, la madre es compelida a perturbar la relación normal que ésta debe tener de ordinario con su hijo.

En uno u otro caso, podemos decir que la persona lidad materna actúa como agente provocador de la enfermedad, como una toxina psicológica.

2. ALGUNAS CONSIDERACIONES DEL PROBLEMA EN MEXICO.

La magnitud del problema de las alteraciones de la salud mental de los niños es tal, que se justifica considerarlo como uno de los primeros problemas de salud pública en el mundo.

El interés, que parece creciente, por estudiar los orígenes de estas alteraciones, se acentúa cuando afecta a la población infantil, que se encuentra - doblemente desprotegida.

En México, el esfuerzo para atender al enfermo mental se lleva a cabo desde hace miles de años.

Se sabe que desde la época de los aztecas se trataba a los enfermos mentales con exorcismos, abluciones, etc., pues se les consideraba seres poseídos. Sin embargo, los curanderos conocieron y describieron bastante bien numerosas enfermedades mentales y nerviosas, especialmente en el siglo XVI (2).

Durante la conquista, en el año de 1566 se fundó - el antiguo Hospital de San Hipólito, primer esta-blecimiento de este tipo en América y uno de los - primeros del mundo, para la atención y cuidado de los enfermos mentales.

Bernardino Alvarez, fundador de este hospital, vino entre los primeros conquistadores y después de radicar un tiempo en Perú llegó a la Nueva España y se dedicó a cuidar enfermos en un hospital.

Posteriormente, se le concedió permiso para abrir el hospital de San Hipólito donde poco a poco se fue atendiendo únicamente enfermos mentales. Sin embargo, los enfermos en esta época se encontraban en un estado de miseria y pobreza impresionantes ya que era el único hospital existente y el número de personas que albergaba era muy alto.

Otro hospital establecido en el siglo XVII fue el del Divino Salvador para mujeres dementes, comúnmente llamado el Hospital de la Canoa, atendido en sus inicios por un carpintero llamado José Sayago, que comenzó albergando a las mujeres enfermas en su casa.

En 1910, durante la celebración del Centenario de la Independencia, se inauguró el Manicomio General ante la imperiosa necesidad de mejorar las condiciones de asistencia e higiene de los pacientes que durante siglos permanecieron reclusos en casas insalubres e inadecuadas, desatendidos y olvi-

dados por la sociedad y el Estado.

Por esta época, los niños eran atendidos según la edad, en la casa Cuna o en el Hospicio de Pobres, ambos fundados en el siglo XVIII. Sin embargo, el edificio del Hospicio no alcanzaba a cubrir las necesidades de asistencia, por lo cual, en 1900 se comenzó a construir el nuevo Hospicio de Niños.

Después de la Revolución de 1910, se generó un interés particular por los niños con problemas de salud mental. El prof. Rodríguez Calderón fundó en 1919 la primera escuela para niños anormales. Posteriormente, se crearon otras escuelas para niños retardados, pero no alcanzaban a cubrir las necesidades reales.

En 1937 se fundó el Departamento de Psicopedagogía del Gobierno Federal, así como la Sección de Higiene Mental y Clínica de la Conducta (24,31).

A pesar de esto, cuatro siglos después de haberse establecido el Hospital de San Hipólito, los niños continuaban en situaciones deplorables.

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N.

Navarro" permitió cambiar un poco la parte física, es decir, el edificio que los albergaba. Desafortunadamente, no cambiaron las condiciones de atención médica.

Desde la fundación del Hospital Infantil de México, institución generadora de profundos cambios en la tendencia del cuidado del niño mexicano, se han gestado diversos esfuerzos para crear clínicas, servicios y centros dedicados especialmente al estudio de los problemas de la salud mental de los niños.

Pese a todo, según estudios realizados recientemente sobre los servicios de salud mental para niños y adolescentes (36), se encontró que los centros no aprovechan adecuadamente sus recursos ni realizan suficientes programas para incidir en el medio ambiente, por lo cual se desaprovechan posibilidades mediante las cuales la función sería más útil y completa.

Se sabe, por ejemplo, que la mayoría de los niños atendidos en los Centros de Salud están en edad escolar primaria y pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.

A pesar de que se reconoce que la naturaleza de los problemas de salud mental son medioambientales en un alto porcentaje, la mayoría de los tratamientos tiene como principal recurso el empleo de fármacos (35).

La creciente demanda de servicios especializados de salud mental y los insuficientes recursos económicos y profesionales de que disponen las instituciones encargadas de satisfacer esta demanda, exigen una planeación adecuada que mejore las posibilidades de los recursos con que se cuenta.

Según las cifras preliminares obtenidas en el censo de 1980, sabemos que el 45% de la población en México es menor de 15 años, o sea que, aproximadamente 31 millones de personas de una población total de 69 millones se encuentran entre los cero y los 14 años de edad.

Por otro lado, sabemos también que el 76% de las personas atendidas en los Centros de Salud son menores de 12 años y que en los servicios de salud mental, el 50% de la población atendida oscila entre los 6 y los 12 años de edad y

que en el 88% de los centros se atiende a pacientes de estas edades.

Además, el 58% de los niños atendidos en los servicios de Salud Mental acuden principalmente por problemas de aprendizaje, perceptuales y emocionales (19).

Así mismo, se sabe que la mayoría de los trastornos atendidos en las instituciones tienen su origen en el medio ambiente (35), lo cual significa que es de primordial importancia considerar el - lugar donde viven y se desenvuelven los niños, - las personas con quienes convive y de quienes recibe la influencia decisiva para su desarrollo.

En algunos programas de intervención terapéutica para niños, se realiza ya actualmente la orientación simultánea a los padres, mientras se da tratamiento a los hijos. De esta manera se logra - mejorar el desarrollo global del niño.

Mediante todo lo expuesto anteriormente, llegamos a la conclusión de que el problema de salud mental en los niños es de tal amplitud que se - justifica considerarlo como un problema de salud pública.

Así mismo, dadas las características de los trastornos en los niños, se hace indispensable tomar en cuenta su medio ambiente, sobre todo a su familia, para lograr un cambio efectivo y duradero - mediante el tratamiento conjugado.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Cuando se trata de diagnosticar la psicopatología de un menor que asiste a consulta psicológica, en numerosas ocasiones es difícil delimitar qué tanto del problema está determinado por la psicopatología familiar, en especial la de la madre, ya que es ella con quien el menor más convive y de la que recibe mayor influencia, o bien, si su problema es in dependiente.

Al mismo tiempo, en ocasiones la madre parece presentar problemas emocionales como reacción a la psicopatología de su hijo.

Para saber si los problemas psicológicos de un menor tienen como origen o están relacionados con la psicopatología de la madre, o bien, si de alguna forma, las madres pueden presentar problemas emocionales como reacción a la enfermedad mental de sus hijos, se llevó a cabo la presente investigación.

Se pretendió establecer si existen diferencias en la estructura de la personalidad de dos grupos de madres asistentes a un Centro de Salud: las que llevan a consulta a sus hijos al servicio de Pediatría por problemas físicos y las que asisten llevando a sus hijos al servicio de Salud Mental por problemas exclusivamente psicológicos.

Para tal fin, se aplicó el Cuestionario de la Personalidad -

de Eysenck, que es un instrumento que mide personalidad y - psicopatología y está basado en el modelo no médico de anormalidad.

3.1 Hipótesis de Trabajo.

A fin de lograr los objetivos arriba mencionados, se elaboraron las siguientes hipótesis de trabajo:

Ho. Hipótesis Nula.

No existe una diferencia de personalidad estadísticamente significativa entre las madres que asisten al - servicio de Pediatría de un Centro de Salud y las que asisten al servicio de Salud Mental.

H₁. Hipótesis Alterna.

Existe una diferencia de personalidad estadísticamente significativa entre las madres que asisten al servicio de Pediatría de un Centro de Salud y las que asisten - al servicio de Salud Mental.

Ho. Hipótesis Nula.

No existe mayor morbilidad psicológica en el grupo de madres que asiste al servicio de Salud Mental que en - el grupo de madres que asiste al servicio de Pediatría.

H₁. Hipótesis Alterna.

Existe mayor morbilidad psicológica en el grupo de madres que asiste al servicio de Salud Mental que en el grupo de madres que asiste al servicio de Pediatría.

II

METODOLOGIA Y

ANALISIS DE DATOS

1. DISEÑO DEL ESTUDIO: CASOS - CONTROL.

Con el fin de conocer si existen diferencias en la estructura de la personalidad entre dos grupos de madres, se utilizó el método de Casos-Control, el cual consiste en comparar un grupo de individuos seleccionados en base a que presenten (casos) o no (control) la enfermedad o variable a estudiar.

En los estudios de casos-control se prueba una hipótesis específica, y en caso de no haberla, este tipo de estudio se utiliza para explorar los antecedentes de las personas afectadas y no afectadas (en el caso de que pueda ser definido y medido).

1.1 Muestra.

Para el presente trabajo se formaron dos grupos, cada uno de 30 personas, todas del sexo femenino.

El grupo de casos se formó con las madres asistentes a un Centro de Salud de la SSA, al servicio de Salud Mental, que llevaban a sus hijos a consulta por problemas exclusivamente psicológicos.

El grupo control se formó con las madres que asistían llevando a sus hijos a consulta al servicio de Pediatría del mismo Centro, por problemas exclusivamente físicos.

Ambas muestras se seleccionaron en base a los siguientes criterios:

- a) rango de edad: de 20 a 40 años.
- b) tasa de fecundidad (número de hijos vivos por pareja): 2 a 4.
- c) lugar de residencia: colonias cercanas al Centro de Salud "Dr. Manuel Cárdenas de la Vega" de la SSA, ubicado en la colonia Martín Carrera, en el D.F.
- d) nivel socioeconómico: bajo (determinado por el estudio de Trabajo Social).

2. Escenario y Administración del Instrumento.

La aplicación de los cuestionarios se realizó en un consultorio del servicio de Salud Mental del Centro de Salud "Dr. Manuel Cárdenas de la Vega", ubicado en la colonia Martín Carrera, Delegación Gustavo A. Madero en el Distrito Federal.

El consultorio contaba con una mesa, seis sillas, un archivero y una ventana; estaba separado del consultorio de la Trabajadora social del servicio, por una puerta corrediza.

Se solicitó la cooperación de los médicos pediatras, psiquiatras y de la trabajadora social del

Centro de Salud, ya que son ellos los que realizan el primer contacto con los pacientes.

Se especificaron las características necesarias para la muestra y en base a ésto, las personas que llenaban los requisitos se remitieron al consultorio antes descrito para que llenaran el cuestionario, indicándoles que se estaba llevando a cabo una encuesta en los servicios de Pediatría y Salud Mental con fines estadísticos y que se solicitaba su cooperación voluntaria para llenar un cuestionario.

El material utilizado fue el cuestionario de la Personalidad de Eysenck en su versión para zonas sub-urbanas y rurales.

La prueba se aplicó individualmente, leyendo las instrucciones en voz alta a cada persona antes de comenzar. Se les indicó que los datos obtenidos serían tratados confidencialmente y que no era necesario que pusieran su nombre, sólo su edad, ocupación y el número de hijos vivos que tuvieran.

También se les pidió contestar el cuestionario lo más sinceramente posible y se les indicó que cualquier duda que surgiera la preguntaran con toda confianza.

Al terminar cada aplicación se verificó que no se hubiera omitido ninguna respuesta, y en caso de haberla, se le hizo notar al sujeto para que la contestara.

A las personas analfabetas se les fue leyendo cada pregunta,

poniendo especial atención en no añadir o modificar nada y en no sugerir alguna respuesta.

3. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO.

El Cuestionario de la Personalidad de Eysenck - (EPQ), fue diseñado por H.J. Eysenck en la Universidad de Londres en el año de 1964, con el fin de estudiar las dimensiones de la personalidad.

El EPQ es el resultado de la revisión de una serie de cuestionarios de personalidad anteriores, como el Maudsley Medical Questionnaire (1952), Inventario de la Personalidad de Maudsley (1959) y el EPI (Inventario de la Personalidad), a los cuales se les corrigieron y modificaron algunas preguntas y se les aumentaron nuevas escalas.

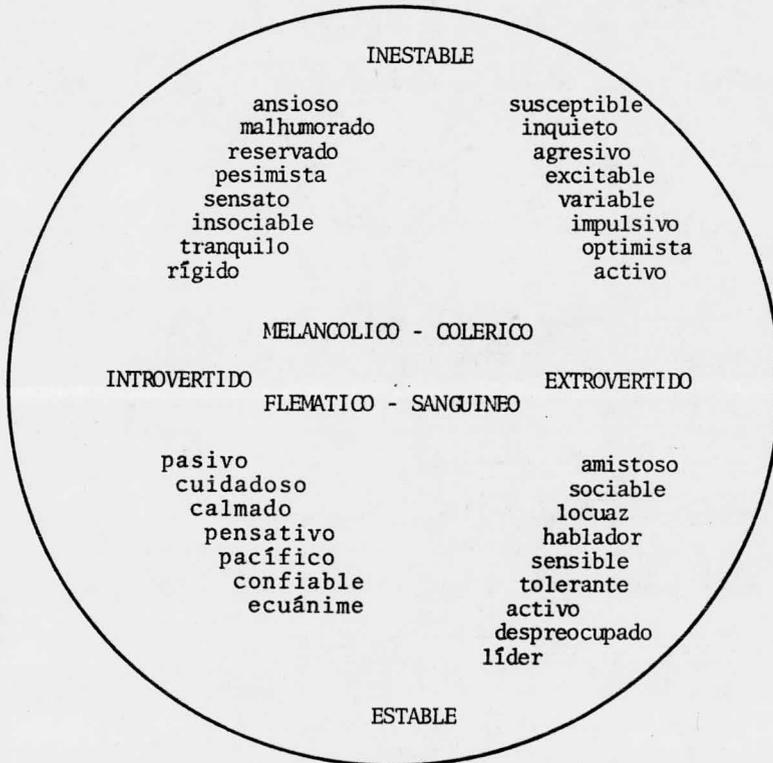
3.1 Antecedentes Generales.

La importancia de describir los principales patrones de conducta en los seres humanos ha sido reconocida por los psicólogos y numerosos investigadores se han dedicado a la búsqueda de las principales dimensiones de la personalidad.

Una revisión de la obra de Eysenck (1960), ha revelado la existencia de dos dimensiones perfectamente diferenciadas y notablemente importantes, denominadas Extroversión - Introversión y Neuro

ticismo - Estabilidad.

En el Cuadro N°1, se muestra la relación existente entre las dos dimensiones o factores (E-I y N-E) y el antiguo esquema de los cuatro temperamentos de Galen-Kant-Wundt.



Cuadro 1. Relación de Extroversión-Introversión y Neuroticismo-Estabilidad, con esquemas de personalidad anteriores.

Las características presentadas en la parte externa del círculo representan en forma de diagrama - los resultados de un gran número de intentos de análisis de los factores para descubrir las interrelaciones de varias de estas características en muchos grupos humanos diferentes.

Es un hecho empírico el que una gran proporción - del total común de la variación producida por las correlaciones observadas entre esas características puede ser justificada en términos de estos dos factores.

Cuando en 1947 Eysenck expuso su hipótesis, se puso en duda la eficacia de este esquema, pero los esquemas alternativos como los de Catell y Guilford resultaron esencialmente similares (Catell y Sheier 1961), de los que resultaron factores de segundo orden muy parecidos a los aquí postulados.

Los factores de segundo orden aislados por Catell - han sido identificados como el "factor general integrativo" (estabilidad emocional) y el "factor introversión-extroversión".

Se cree que estos dos factores, E y N, ayudan más a una descripción de la personalidad que otra serie de factores en el campo no cognitivo, aunque no se

desea negar la importancia de factores adicionales.

En 1952, Eysenck hipotetizó una tercera dimensión - principal independiente de E y N, a la cual denominó "psicoticismo". Sostenía que, así como la neurosis es una exageración patológica de alto grado de alguna característica subyacente de neuroticismo, - igualmente la psicosis es una exageración patológica de alto grado de alguna característica subyacente de psicoticismo.

Esta hipótesis se fundamentó en dos consideraciones teóricas principales:

1. Las anormalidades psiquiátricas son esencialmente continuas con la normalidad
2. la neurosis y la psicosis son dimensiones independientes y totalmente diferentes.

Las hipótesis genéticas subrayan la idea de una dimensión de "psicoticismo" (Eysenck, 1972). Los psiquiatras frecuentemente llaman la atención hacia una fuerte relación de origen genético, entre la psicosis y la psicopatía.

Se ha visto que, hijos de madres psicóticas, criados desde el nacimiento con padres normales, muestran altos grados de conducta criminal psicótica y

psicópata.

El psicoticismo, entonces, es aceptado como la tercera dimensión importante de la personalidad.

Royce (1972), en una revisión de los estudios analítico-factoriales de personalidad, sugiere la existencia de tres factores medidos por nuestras escalas, lo cual demuestra que la elección de estos tres factores no es arbitraria, sino que sigue la dirección del testimonio experimental.

3.2 La Personalidad y la Psicología Experimental.

Se ha visto que el análisis factorial es un método necesario pero no suficiente para aislar las principales dimensiones de personalidad y para construir instrumentos para su medición.

Se hace necesario ir más allá del enfoque meramente estadístico y tratar de ligar las dimensiones de personalidad con la psicología experimental y teórica (Eysenck, 1967).

En este trabajo se ha tendido a apoyar la opinión de que el factor N está muy relacionado con el grado heredado de labilidad del Sistema Nervioso.

El factor E está muy relacionado con el grado de excitación e inhibición prevaecientes en el SNC;

este balance es en gran parte heredado y puede ser mediado por la formación reticular ascendente.

La fuerte influencia de la herencia en E y N ha sido demostrada en estudios como el de Shields -- (1962), quien demostró que gemelos idénticos criados por separado, correlacionan altamente, tanto en extroversión como en neuroticismo.

Visto generalmente, la evidencia muestra que la herencia juega una parte importante en el desarrollo de los tres factores de personalidad (E, N y P) y que los factores genéticos contribuyen más a las diferencias individuales en personalidad que los factores ambientales (Eysenck, 1973).

Extroversión - Introversión.

Los estudios factoriales de extroversión han dado como resultado un cuadro que recuerda al que proporcionó Jung. El "extrovertido típico" y el "introvertido típico" se consideran como extremos de un continuo al que la gente se acerca un mayor o menor grado.

Podemos describir al "extrovertido típico" como una persona amigable, que gusta de fiestas, sociable, arriesgado, irreflexivo e impulsivo. Le gustan los cambios, es despreocupado, indolente, opti

mista y prefiere la acción. Tiende a ser agresivo y poco paciente. En suma, no controla firmemente sus sentimientos y no siempre es una persona confiable.

El "introvertido típico" puede describirse como - una persona tranquila, reservada, introspectiva, - que prefiere los libros a las personas; es reservado y distante, excepto con sus amigos más íntimos. No es impulsivo y le gusta la vida ordenada. Controla firmemente sus emociones, rara vez es agresivo y generalmente es paciente. Es confiable, pesimista y concede gran valor a las normas éticas.

Neuroticismo - Estabilidad.

El individuo que califica alto en neuroticidad puede describirse como: ansioso, preocupado, de humor variable, se deprime con frecuencia. Es posible - que duerma mal y que sufra desórdenes psicossomáticos. Muy emocional, reacciona exageradamente ante todo tipo de estímulos y recupera lentamente el -- equilibrio. Sus fuertes reacciones emocionales interfieren con su ajuste, haciendo que en ocasiones reaccione en forma rígida e irracional.

Puede describirse como aprensivo, preocupado cons-

tantemente por cosas que podrían suceder.

Cuando se combina neuroticismo con extroversión, - puede hablarse de una persona susceptible, inquieta y agresiva.

Una persona estable tiende a responder emocionalmente en forma lenta y generalmente débil y vuelve rápidamente al punto de partida después de un arranque emocional. Normalmente es calmado, ecuánime, - controlado y despreocupado.

Escala P (Psicoticismo) y su Origen.

Las escalas P, E y N se desarrollaron a través de - numerosos estudios factoriales. Las escalas fueron elaboradas para ser usadas con niños y adultos.

El crecimiento de las escalas se describe en varias publicaciones, unas de ellas se refieren a las escalas para adultos y otras a las juveniles. Los cambios no son extensos y tienen bases psicométricas. Así mismo, se logró hacer que las tres dimensiones de la personalidad fueran independientes de la inteligencia.

Aunque quizá sea prematuro intentar una descripción oral del que califica alto en P, similar a las dadas para E y N, resulta útil comunicar el tipo de - personalidad.

Una persona que califica alto en P puede ser descrita como: solitario y poco interesado en la gente; puede ser cruel e inhumano, falto de sentimientos y empatía; hostil, incluso con su familia. Le gustan las cosas raras y no le preocupa el peligro. Le gusta molestar y poner en ridículo a los demás y no tiene sentimientos de culpa.

Por supuesto, estas características se refieren a los ejemplos extremos. Una persona con puntuación alta en esta escala podría corresponder a la clasificación psiquiátrica de "esquizoide" o "psicópata". Las personas que puntúen relativamente alto, pero cerca de la línea media, sólo mostrarán este modelo de conducta en menor grado.

La escala P difiere de la usada en el MMPI, ya que nosotros hablamos todo el tiempo de conductas normales, no de síntomas. Por esta razón la escala es apropiada para usarla con muestras normales y no patológicas de la población.

Validez de la Escala P.

Para llevar a cabo la validación de la escala P, se utilizaron dos métodos, el primero de ellos se refiere a la valoración de los grupos de criterio.

La teoría en la que se basa la construcción de las escalas, exige que ciertos grupos, por ejemplo los psicóticos, obtengan puntuaciones altas en P, de lo contrario la escala no podría ser tomada para medir P. En realidad, los psicóticos, hombres y mujeres, tienen puntuaciones más altas en P que los sujetos neuróticos o normales.

En estudios realizados con pacientes psicóticos hospitalizados a los que se les aplicó la escala P, así como otras evaluaciones de personalidad y pruebas de desempeño objetivo, se encontró que la puntuación P estaba correlacionada con valoraciones y pruebas objetivas de deterioración del desempeño. Dicha P, pareció poder medir grados de deterioro psicótico.

Concluyendo, podemos afirmar que en lo que se refiere al grupo de criterio psicótico, la evidencia apoya nuestra afirmación con respecto al origen del rasgo de personalidad medido por la escala P.

Algunos estudios realizados con criminales y grupos de población control, demostraron que los criminales de cualquier sexo tienen puntuaciones en P muy altas en comparación con los controles.

La agresividad y la hostilidad, dos de las princi-

pales contribuciones a P, son características tradicionalmente masculinas y en consecuencia se esperaría que los hombres tuvieran puntuaciones más - altas en P que las mujeres.

El segundo método para demostrar la validez de la escala P consiste en correlacionar las puntuaciones de P con variables que, según la teoría, deben mostrar correlaciones positivas o negativas con - las respuestas del cuestionario, si en realidad és - tas fueran una medida para el psicoticismo.

La Escala de Mentira.

Esta escala intenta medir una tendencia de algunas personas a dar respuestas aceptables.

Parece que además de medir la disimulación, la escala L también mide algún factor de personalidad - estable que, posiblemente pueda denotar ingenuidad.

Michaelis y Eysenck (1971), han demostrado que las condiciones motivadoras para disimular se pueden - distinguir claramente de las condiciones no motiva - cionales, a través de la correlación de N y L.

Cuando el grado de motivación de disimulación es - alto, la correlación entre N y L es relativamente - alta (cercano y hasta superior a - 0.5).

Es importante observar las edades de los sujetos que forman la población en estudio, ya que la puntuación de la escala L decrece con la edad en los niños y se incrementa con la edad en los adultos.

Confiabilidad de las Escalas.

Hay dos tipos principales de Confiabilidad:

la primera es la confiabilidad Test-retest y se refiere a la correlación entre la primera y la segunda prueba.

En este caso, la diferencia entre una y otra fue de un mes, tiempo suficiente para que las personas olviden las respuestas dadas a la primera prueba, pero no para que se dé un cambio serio de personalidad.

Se utilizaron cuatro grupos, separados por edad y sexo, observándose resultados muy parecidos. Posteriormente se mezclaron los grupos, eliminándose las variables edad y sexo.

Los resultados son bastante favorables, las confiabilidades resultaron entre 0.80 y 0.90; la muestra fue de 257 personas.

En lo referente a la prueba de confiabilidad Test re-test, podemos decir que el EPQ no es inferior

a ningún otro test de personalidad conocido.

La segunda forma para obtener la confiabilidad - fue la de consistencia, conocida también como coeficiente Alfa, el cual indica el grado en que las preguntas de la escala cubren un área determinada. Los coeficientes de confiabilidad obtenidos son - satisfactorios, la mayoría está por encima de 80 y sólo las cifras de la escala P son inferiores a este valor.

Podemos concluir que, para factores de personalidad de orden mayor, estas cifras son adecuadas y no inferiores a las observadas en otros tests que miden factores similares.

3.3 Estandarización de Datos: Muestra Normal.

Se administró el test en su versión actual a grandes cantidades de hombres y mujeres ingleses, con edades entre 15 y 69 años, representando diversas clases sociales, desde la media alta, clase media, media baja, clase trabajadora especializada (con oficio), hasta la clase semi-especializada y no - especializada.

Se observaron grandes diferencias de sexo y edad en todas las escalas, pero la influencia de la clase social fue mucho menos aparente.

El número de sujetos (2,312 hombres y 3,262 mujeres) para la aplicación de las escalas P, E y N, fue mayor que el número de sujetos utilizados en la estandarización de la escala L (1,624 hombres y 2,462 mujeres), debido a que un número de personas fueron valoradas con una versión del cuestionario que no contenía la escala L. Sin embargo, la puntuación promedio en ambos grupos no difiere.

Se observa que los hombres tienen puntuaciones más altas en P que las mujeres y que ambos sexos muestran una declinación con la edad; la tasa de declinación es mayor en los hombres, pero esto puede ser debido al hecho de que ellos empiezan en una calificación mucho más alta.

En lo referente a la escala E, los hombres se vuelven más introvertidos al avanzar la edad; para las mujeres la tendencia es menos obvia, aunque va en la misma dirección.

Tanto en los hombres como en las mujeres, el neuroticismo disminuye con la edad y las mujeres ob

tienen puntuaciones más altas en N que los hombres. Con respecto a la escala L, las mujeres obtienen - también puntuaciones más altas, y conforme avanza - la edad, aumentan las puntuaciones en ambos sexos.

Todos estos resultados son muy parecidos a los obtenidos con la utilización de otras versiones de la - escala aquí usada, con excepción de que la mujer no disminuye en extroversión hasta el mismo nivel que el hombre. Para los individuos con más de 50 años, las mujeres de la muestra tienen puntuaciones más - altas en E que los hombres. Es claro que, al comparar muestras, la edad es una variable muy importante y debe ser tomada en cuenta.

Con el fin de examinar la importancia de la tendencia de edad y de clase observadas, se realizó un -- análisis estadístico, resultando que para los hombres, la tendencia de N no es muy importante; para las mujeres, la declinación de las puntuaciones de E tampoco es muy importante.

Todos los demás efectos son muy fuertes y como duplican hallazgos anteriores, pueden ser considerados como aproximaciones al estado real.

En cuanto a la clase social, ni siquiera en N y E

hay propensión que muestre una tendencia significativa.

Los resultados de P no son muy importantes en ambos sexos, la influencia de la clase social puede ser ignorada en esta etapa.

3.4 Estandarización de Datos: Muestras Anormales.

Por motivos de interés y también en parte para la validez de la escala, se sacaron los promedios y las desviaciones estándar de varios grupos anormales: psicóticos, neuróticos, depresivos endógenos, prisioneros, drogadictos, pacientes con trastornos de personalidad, problemas sexuales y alcohólicos.

Los psicóticos y los prisioneros tienen las puntuaciones más altas en P, seguidos por los drogadictos y pacientes con trastornos de personalidad, problemas sexuales y alcohólicos.

Los depresivos endógenos, aunque puntúan en P por arriba de lo normal, no llegan al nivel de los grupos antes mencionados.

Todos los grupos psiquiátricos, excepto los prisioneros, son notablemente introvertidos.

Los grupos psiquiátricos y los criminales puntúan alto en N, particularmente los neuróticos.

En la actualidad, el EPQ se aplica en diversas investigaciones en México.

Puente y Vergara (sin publicar), realizaron estudios de validez y correlación del EPQ con una entrevista psiquiátrica estandarizada en una población de mujeres adultas, de zonas sub-urbanas y rurales del estado de Morelos.

Hoyos (tesis UNAM, 1982) realizó estudios de correlación entre el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minesota (MMPI) y el EPQ en una población normal de adolescentes.

Balzaretti y López (Tesis UNAM, 1981), realizaron un estudio comparativo de personalidad en adolescentes farmacodependientes a través del MMPI y del EPQ, encontrando que el EPQ es un instrumento tan sensible como el MMPI para detectar normalidad y anormalidad.

3.5 Inteligencia y Personalidad.

Estudios previos sobre el EPI y el MPI han demostrado que no hay correlación entre la inteligencia por un lado, y E y N por el otro. Hubo una tendencia de correlación negativa entre L e inteligencia.

Los niños y adultos brillantes tienen puntuaciones bajas en L.

Hay indicios de que en los niños, la madurez puede presentarse más rápido en los extrovertidos que en los introvertidos.

Los estudios que emplean versiones anteriores de la escala P, tienden a revelar correlaciones negativas del orden de .2 a .3 entre P e inteligencia.

Eysenck y Cookson (1969), proporcionaron datos que sugieren que en la escuela primaria hay una correlación positiva entre la extroversión y el CI, -- mientras que en la secundaria se vuelve al revés, de forma que los introvertidos gradualmente muestran un CI más alto, así como mejor aprovechamiento.

3.6 Administración del Cuestionario.

Las instrucciones para contestar el cuestionario se encuentran impresas en cada copia del EPQ y deberán leerse en voz alta, para aplicaciones colectivas.

No deberán ser ampliadas o alteradas de ningún modo.

Debe verificarse al terminar cada aplicación, que no se haya omitido ninguna respuesta; en caso de haberla, hay que hacérselo notar al sujeto para que la conteste.

Con personas analfabetas o ciegas, las preguntas pueden ser leídas en voz alta, pero la persona que aplica el test, por ningún motivo debe alterar los términos de las preguntas, ampliarlas o aconsejar las respuestas.

Calificación.

Los cuestionarios se califican utilizando plantillas. Hay cuatro plantillas para la forma adulta, cada una representa a cada una de las escalas P, E, N y L.

La plantilla se coloca por encima de la hoja del cuestionario y se cuenta un punto por cada respuesta contestada igual a la plantilla. El total se obtiene sumando los punto para cada dimensión, de manera que se obtienen cuatro calificaciones finales, una de cada escala.

4. ESTADISTICA

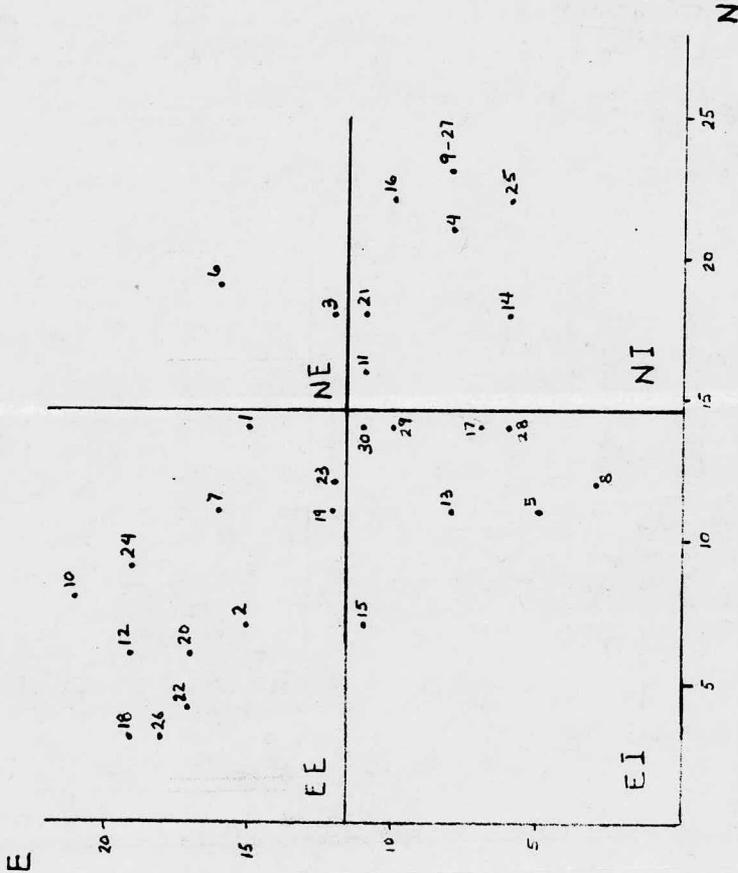
Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos, se sacó la media o promedio de cada una de las escalas de la prueba (N, E, L, P) en ambos grupos, primero en forma individual y luego en forma global.

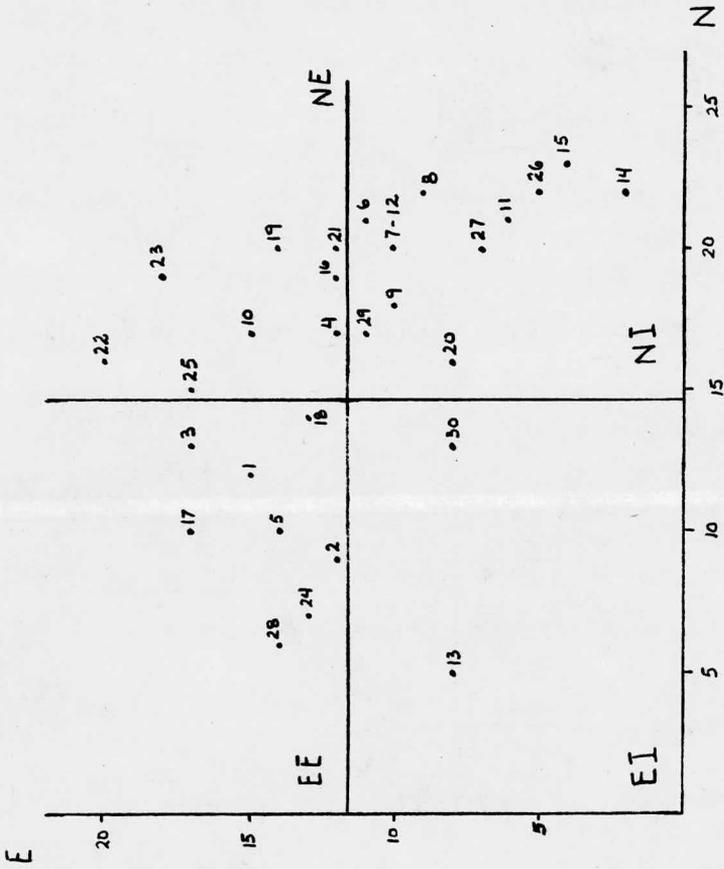
Tomando la media global de las escalas de Neuroticismo - Estabilidad (N) y de Extroversión - Introversión (E), se graficaron los datos, obteniendo de este modo cuatro distribuciones:

- a) Neurótico extrovertido (NE)
- b) Neurótico introvertido (NI)
- c) Estable extrovertido (EE)
- d) Estable introvertido (EI)

A continuación se presentan las gráficas 1 y 2, que representan la distribución de los datos para el grupo A y para el grupo B:

GRAFICA N°1. Intersección de las medias globales de Neuroticismo-estabilidad y Extroversión-introversión en el grupo A (control).





GRAFICA N°2. Intersección de las medias globales de Neuroticismo-estabilidad y Extroversión-introversión en el grupo B (casos).

Posteriormente se utilizó la prueba estadística - denominada χ^2 (ji cuadrada).

La χ^2 se utiliza cuando se busca encontrar la discrepancia entre los valores observados y los que se esperaban.

La frontera de decisión se obtuvo de las tablas de distribución χ^2 , considerando el número de casos para obtener ν , que representa los grados de libertad y que en este caso fue de 3.

La regla de decisiones se obtuvo de la siguiente forma:

Si el valor que se obtenga de χ^2 es mayor que la frontera de decisión, la prueba será estadísticamente significativa y, por lo tanto, se rechazará la hipótesis nula, aceptándose la hipótesis alterna.

Si el valor que se obtenga de χ^2 es menor que la frontera de decisión, la prueba no será estadísticamente significativa y, por lo tanto, se aceptará la hipótesis nula, rechazándose la alterna.

El nivel de significancia fue de P 0.05, es decir, de 5%, lo cual significa que existe un 95% de confianza en la toma de decisiones y menos del 5% de probabilidad de rechazar una hipótesis cuando debiera ser aceptada.

Mediante la prueba de Contraste de la Diferencia - de Proporciones o Error Estandar se contrastó la significación de la diferencia de proporciones o - porcentajes.

El nivel de significancia para esta prueba también fue de $P 0.05$ ó 5% .

La regla de decisiones se obtuvo de la siguiente - manera:

Si el valor que se obtenga del error estándar multiplicado por dos es menor a la diferencia de p y p_1 , la prueba será significativa, aceptándose la - hipótesis alterna y rechazando la nula.

Si el valor que se obtenga del error estándar multiplicado por dos es mayor que la diferencia de p y p_1 , la prueba no será significativa y, por lo - tanto, aceptaremos la hipótesis nula y rechazaremos la alterna.

5. RESULTADOS .

En la tabla que a continuación se presenta, pueden observarse los resultados obtenidos de las medias o promedios, primero de cada grupo por separado y después de las medias globales.

GRUPO A	GRUPO B	AMBOS GRUPOS
\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
N= 13	N= 16.1	N= 14.6
E= 12	E= 11.5	E= 11.7
L= 12.8	L= 12.9	L= 12.9
P= 4	P= 4.3	P= 4.2

TABLA 1. Resultados de las medias de cada grupo y en forma global.

Tomando como parámetros las medias grupales de las escalas N y E, se obtuvo la clasificación de los - datos en cuatro categorías, quedando la distribu- ción como se indica en la Tabla 2.

GRUPO A	GRUPO B
n	n
NE= 2	NE= 8
NI= 8	NI=12
EE= 12	EE= 8
EI= 8	EI= 2

TABLA 2. Clasificación de las escalas N y E en cuatro categorías.

Considerando los valores del grupo A como los esperados y los del grupo B como los obtenidos, se sacó la χ^2 . La frontera de decisión en este caso fue de 7.81.

El resultado de la χ^2 fue de 25.8, que es mayor que 7.81, por lo cual la diferencia entre ambos grupos sí es estadísticamente significativa.

Por lo tanto, se acepta que existe una diferencia en la estructura de la personalidad de ambos grupos de madres.

Así mismo, se acepta que existe mayor morbilidad psicológica en el grupo de madres que asiste al servicio de Salud Mental (grupo de casos).

Ahora bien, para saber con mayor detalle cuáles - de las cuatro distribuciones obtenidas con el EPQ resultaban con una diferencia estadísticamente - significativa, se utilizó la prueba de Contraste de la diferencia de proporciones, obteniéndose - los resultados indicados en la Tabla 3.

	GRUPO A		GRUPO B		Dif.en %	
	N	%	N	%		
NE	2	6.6	8	26.6	20 %	*
NI	8	26.6	12	40	13.4%	
EE	12	40	8	26.6	13.4%	
EI	8	26.6	2	6.6	20 %	*

Tabla 3. Relación de los Resultados obtenidos con la Prueba de Contraste de la Diferencia de Proporciones.

* Diferencia estadísticamente significativa

Los grupos de NE sí obtuvieron una diferencia estadísticamente significativa, por lo cual se acepta que las madres asistentes al servicio de Salud Mental presentan más rasgos de Neuroticidad-extroversión que las madres asistentes a Pediatría.

Los grupos de EI también obtuvieron una diferencia estadísticamente significativa, lo cual significa

que las madres asistentes a Pediatría presentan - más rasgos de Estabilidad-introversión que las ma dres asistentes a Salud Mental.

En los otros dos grupos, los de NI y EE no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo cual se acepta que no existen diferencias de personalidad entre las madres que obtuvieron la clasificación de Neuroticismo-introversión y Estabilidad-extroversión en ambos grupos.

Sin embargo, a pesar de que la diferencia no fue significativa, hay una clara tendencia a ello, - por lo cual podría suponerse que si la muestra se ampliara, ambos grupos resultarían significativamente diferentes.

Refiriéndonos a los datos sociodemográficos de - nuestra muestra, se encontró que el 73.3% de las madres del grupo A (control) y el 53.3% de las - del grupo B (casos), son menores de 30 años.

En lo que se refiere al número de hijos vivos por pareja, se encontró que la distribución es más o menos proporcional en ambos grupos. El mayor porcentaje en el grupo A fue de 47% (parejas con dos

hijos) y el el grupo B el mayor porcentaje lo obtuvo el de parejas con tres hijos, con 40%.

EDAD	GRUPO A		GRUPO B	
	N	%	N	%
20-30	22	73.3	16	53.3
31-40	8	26.6	14	46.6

TABLA N°4. Porcentaje de Edades en ambos grupos.

# HIJOS VIVOS	GRUPO A		GRUPO B	
	N	%	N	%
2	14	47	10	33
3	10	33	12	40
4	6	20	8	27

TABLA N° 5. Porcentaje de Número de Hijos Vivos por pareja en ambos grupos.

III

D I S C U S I O N
Y
C O N C L U S I O N E S

D I S C U S I O N

Los resultados de la aplicación del Cuestionario EPQ a dos poblaciones de madres asistentes a un Centro de Salud, arrojan datos que nos hacen con siderar que los objetivos a investigar quedaron cubiertos satisfactoriamente.

Las diferencias de personalidad encontradas en - ambos grupos resultaron en algunos casos estadís ticamente significativas, o bien, con una clara tendencia a ello, lo cual es congruente con di versos estudios hechos por autores como Hare y - Shaw, Fabian y Donohue, Rutter, Jenkins y - Chawla (15,13,26,18), en donde se encontró que los padres con hijos con problemas emocionales - presentaban con mayor frecuencia disturbios o morbilidad psicológica que los padres de hijos - emocional o psicológicamente sanos.

Ahora bien, de las personas que obtuvieron punta jes altos en la escala de Neuroticidad del cues tionario, el 66.6% corresponde al grupo de casos, o sea, las madres que tienen hijos con algún dis

turbio emocional.

Sólo se encontraron diferencias significativas entre los grupos de madres con puntajes altos en neuroticismo - extroversión (NE) y en estabilidad - introversión (EI) y en los dos casos restantes (neuroticismo-introversión y estabilidad extroversión) las diferencias no fueron significativas, pero posiblemente si se ampliara la muestra las diferencias serían mayores, con el correspondiente nivel de significancia $P = 0.05$. De cualquier modo, los resultados obtenidos muestran que existe mayor prevalencia de morbilidad psicológica en las madres con hijos psicológicamente enfermos, lo cual está de acuerdo con los estudios de Shepherd, Rutter, Cooper y otros autores (29,26,8).

Se podría argumentar que si una madre presenta un alto porcentaje de neuroticismo, sus hijos tienen altas probabilidades de tener algún trastorno psicológico, ya que la madre funciona como persona significativa y como modelo de referencia y por lo tanto, en un ser humano que es

tá en proceso de desarrollo puede ser tan importante como para producir trastornos psicológicos, como se afirma en los trabajos de diversos autores.

En el caso de nuestro estudio, no se sabe con certeza si la fuente original de la problemática es el trastorno del niño o bien, si dicho trastorno es resultado de la problemática emocional de la madre, pero en cualquiera de ambos casos, sabemos que existe una alta relación entre ambos.

Dentro de las limitaciones de este estudio, podemos nombrar la referente a que la muestra no fue seleccionada al azar, sino de acuerdo a los criterios impuestos, por problemas de orden práctico, lo cual nos limita parcialmente a hacer generalizaciones, pero siendo un estudio piloto, los resultados obtenidos servirán de base para futuras investigaciones al respecto.

El nivel sociocultural de la población estudiada fue bajo, ya que el porcentaje más alto de la población total asistente a todos los servicios de ese Centro de Salud, es de esas características.

La edad de las madres (20 a 40 años), es relativamente amplia en su rango, sin embargo, sería muy interesante que en estudios posteriores se ampliaran o modificaran las características de la muestra (nivel sociocultural, edad, número de hijos), así como el número de personas participantes, de manera que pudieran obtenerse mayores datos sobre el problema.

Sería también conveniente hacer un estudio similar pero utilizando como sujeto al padre, o bien, uno en el que se incluyera a ambos padres.

En el presente estudio no pudo realizarse ésto, porque la asistencia a los servicios del Centro de los padres, es casi nula e incluso en los casos en los que su presencia es requerida por los médicos, hay una respuesta muy baja, posiblemente por el problema del trabajo u otros factores de orden cultural, como sería el que muchos padres piensan que el cuidado de los hijos es responsabilidad de las madres.

CONCLUSIONES

Se encontraron diferencias significativas en la estructura de la personalidad entre las madres asistentes al un Centro de Salud, cuyos hijos - presentan problemas de orden físico y las madres cuyos hijos tienen algún problema psicológico.

Las madres cuyos hijos presentan problemas de orden psicológico, consideradas como el grupo de casos, mostraron un mayor porcentaje de morbilidad psicológica.

No se sabé con certeza si el problema original radica en la madre y el niño reacciona con perturbación emocional a esta situación, o si la problemática del niño es la que originalmente provoca la reacción emocional de la madre.

Se confirman las hipótesis planteadas como objetivos de la investigación, ya que sí hubo diferencias significativas en los rasgos de personalidad de las madres asistentes al servicio de -

Salud Mental y las asistentes al servicio de Pediatría.

Así mismo, se encontró mayor morbilidad psicológica en el grupo de madres que asisten al servicio de Salud Mental.

IV

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFICAS

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

1. ALANEN, Y. The mothers of schizophrenic patients: A study of the personality and the mother-child relationship of 100 mothers and the significance of these factors in the pathogenesis of schizophrenia, in comparison with heredity. Acta Psychiatrica Neurol. Scandinavica, 33 (Suppl. 124): 1-359, 1958.
2. ALVAREZ AMEZQUITA, J.; BUSTAMANTE, M.; LOPEZ, A y FERNÁNDEZ del C., F. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. Tomo III, S.S.A. México, D.F., 1960.
3. ANDERSON, R.T. and ZELDITCH, M. A Basic Course in Statistics. With Sociological applications. Holt, Rinehart and Winston, Inc. USA, 1975.
4. BALZARETTI, M.; LOPEZ, G. Estudio Comparativo de Personalidad en adolescentes Farmacodependientes (Inhaladores vs. no Inhaladores) a través del MMPI y del EPQ. Tesis UNAM, México, 1981.
5. BERG, I; BUTLER, A & PRITCHARD, J. Psychiatric illness in the mothers of school-phobic adolescents. British J. of Psychology. 125, 466-7, 1974.

6. BRADFORD, H. & COLS. Problems of sampling Differences between Proportions. London. Editorial The Lancet Limited, 1971. Vol.9: 133-142.
7. BUCK, C.W. & LAUGHTON, K.B. Family patterns of illness: the effects of - psychoneurosis in the parent upon illness in the child. Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, 34, 166-75, 1959.
8. COOPER, S.F.; LEACH, C.; STORER, D. & TONGE, W.L. The Children of Psychiatric Patients: Clinical Findings. British J. Psychiat. 31, 1977, 514-22.
9. CHAWLA, P.L. and GUPT, K. A Comparative Study of Parents of Emotionally Disturbed and Normal Children. Brit. J. Psychiat. 134, 1979, 406-11.
10. EYSENCK, H.J. y EYSENCK, S.B.G. Manual Eysenck Personality Inventory (Adult). San Diego, Cal. Educational and Industrial Testing Service, 1975.
11. EYSENCK, H.J. y EYSENCK, S.B.G. Manual Eysenck Personality Inventory (Junior). San Diego, Calif. Educational and - Industrial Testing Service. 1975.
12. EYSENCK, H.J. and EYSENCK, S.B.G. Manual

of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult). Hodder and Stoughton. 1975.

13. FABIAN, A.A. & DONOHUE, J.F.. Maternal Depression: a challenging child guidance problem. American Journal of Orthopsychiatry. 26, 400-5, 1956.
14. FARINA, A. Patterns of role dominance and conflict in parents of schizophrenic patients. J. Abnormal Soc. Psychol., 61: 30-38, 1960.
15. HARE, E.H. & SHAW, G.K. A study in family health 2: fathers, mothers and children. British Journal of Psychiatry, 111, 467-71, 1965.
16. HOBBS, P. The relative timing of psychiatric disorder in Parents and Children. British Journal of Psychiatry, 140, 1982, 37, 43.
17. HOEL, P.G. Estadística Elemental. Cía. Editorial Continental. México, 1973.
18. JENKINS, R.L. The varieties of children's behaviour problems and family dynamics. American Journal of Psychiatry, 124, 1440-5, 1968.

19. MACIAS-VALADEZ, G. Programa de Intervención Terapéutica para Niños y Adolescentes en Centros de Salud. Cuadernos Científicos CEMESAM 12, 1980, 227-44.
20. MISHLER, E.G. & WAXLER, N.E. Interaction in Families: An experimental study of family processes and schizophrenia. John Wiley & Sons., New York, 1968.
21. MISHLER, E.G. & WAXLER, N.E. Family Interaction and Schizophrenia: Alternative Frameworks of interpretation. J. Psychiat. Res. 6:213-222, 1968.
22. MOOD, A. y GRAYBILL, F. Introducción a la Teoría de la Estadística. Editorial Aguilar. Madrid, España, 1972.
23. POCH, A. Curso de muestreo y aplicaciones. Editorial Aguilar. Madrid, España, 1972.
24. RAMIREZ MORENO, S. La Asistencia Psiquiátrica en México. Congreso Internacional de Psiquiatría. París, 1950. Cooperativa Artes Gráficas del Estado, México.
25. RUTTER, M. Sex differences in response to family stress. The Child in his Family, New York, 1970.

26. RUTTER, M. The Children of Sick Parents. Maudsley Monograph, 16, London, 1966.
27. RUTTER, M.; YULE, B.; QUINTON, D.; ROWLANDS, D.; YULE, W & BERGER, M. Attainment and adjustment in two geographic areas: III. Accounting for area -- differences. British Journal of - Psychiatry, 126, 1975. 520-33.
28. SHARAN, S. Family interaction with schizophrenics and their siblings. Journal Abnorm. Psychol. 71, 1966.
29. SHEPHERD, M.; OPPENHEIMER, B. & MITCHELL, S. Childhood behaviour and Mental Health. 1971, London.
30. SIDNEY, S. Estadística No Paramétrica. México, Editorial Trillas, 1979.
31. SOMOLINOS, G. Historia de la Psiquiatría en México. Secretaría de Educación Pública, Direcc. Gral. de Divulgación, México, 1976.
32. SPITZ, R. El Primer año de vida del Niño. Fondo de Cultura Económica. México, 1981. 17-25, 99-117, 151-157.
33. VELASCO ALZAGA, J.M. Diagnóstico, Tratamiento y prevención de las alteraciones

de la Salud Mental en los Niños. Trabajo presentado en la Reunión Internacional de Salud Mental del Niño. 1979.

34. WOLFF, S. & ACTON, W.P. Characteristics of parents of disturbed children. British Journal of Psychiatry, 114, 1968, 593-601.
35. ZIMERMAN, R.; BAEZ, M.A.; VARGAS, J. Características generales de la población atendida y de los tratamientos empleados en Centros de Salud Mental del Valle de México. Revista Salud Mental, 4,4, 1981.
36. ZIMERMAN, R.; MORALES, C.; BUENDIA, A.; SAAD, E. Los servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes en el Valle de México. Revista Salud Mental, 4, 2, 1981.

V

A P E N D I C E

CUESTIONARIO DE LA PERSONALIDAD DE
EYSENCK

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Ocupación _____ Sujeto N° _____

INSTRUCCIONES: Por favor conteste cada pregunta poniéndole al "SI" o al "NO" un círculo. En este cuestionario no hay respuestas correctas ni incorrectas. Conteste el cuestionario lo más rápido posible y no piense demasiado en el significado de las preguntas. Recuerde usted contestar cada una de las preguntas.

1. ¿Tiene usted muchos pasatiempos o cosas que le gustan mucho hacer como tejer, pintar, nadar, ir al cine o cocinar? SI NO
2. ¿Cuando va a hacer algo, lo piensa mucho antes de hacerlo? SI NO
3. ¿Cambia su estado de humor o ánimo con frecuencia? SI NO
4. ¿Se ha beneficiado de algo que usted sabía que otra persona había hecho? SI NO
5. ¿Es usted una persona que habla mucho? SI NO
6. Si tuviera deudas, ¿estaría usted preocupada? SI NO
7. ¿Se siente usted mal y poca cosa con frecuencia, sin haber ninguna razón? SI NO
8. Por ambiciosa, ¿en alguna ocasión ha tomado algo que no es suyo? SI NO

- | | | |
|---|----|----|
| 9. ¿Cierra usted su casa cuidadosamente en la noche? | SI | NO |
| 10. ¿Es usted una persona muy alegre y animada? | SI | NO |
| 11. ¿Le duele a usted ver sufrir a los niños y animales? | SI | NO |
| 12. ¿Se preocupa frecuentemente por cosas que no debió haber hecho o dicho? | SI | NO |
| 13. Cuando dice que hará algo, ¿lo cumple aunque le traiga problemas? | SI | NO |
| 14. Cuando va a fiestas alegres, ¿se siente bien y puede divertirse? | SI | NO |
| 15. ¿Es usted una persona que se enoja fácilmente? | SI | NO |
| 16. ¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que usted había hecho? | SI | NO |
| 17. ¿Le gusta conocer gente nueva? | SI | NO |
| 18. ¿Considera usted que ahorrar es una buena idea? | SI | NO |
| 19. ¿Son sus sentimientos fáciles de lastimar? | SI | NO |
| 20. ¿Son todas sus costumbres buenas y recomendables? | SI | NO |
| 21. ¿Siempre sabe usted lo que pasa en el pueblo, por ejemplo, matrimonios, problemas, escándalos, fiestas, etc.? | SI | NO |
| 22. ¿Tomaría usted drogas que pudieran tener efectos extraños y peligrosos? | SI | NO |
| 23. ¿Se siente usted a menudo harto y cansado? | SI | NO |

24. ¿Ha tomado usted alguna vez algo (aunque sea un alfiler o un botón) que no le pertenezca? SI NO
25. ¿Le gusta mucho salir a divertirse? SI NO
26. ¿Disfruta cuando lastima a las personas que quiere? SI NO
27. ¿Siente usted como si fuera culpable de algo? SI NO
28. En algunas ocasiones habla usted de cosas sobre las que usted no sabe nada? SI NO
29. ¿Prefiere oír el radio o ver la T.V. en vez de conocer gente? SI NO
30. ¿Tiene usted enemigos que desearían lastimarlo? SI NO
31. ¿Se considera usted una persona nerviosa? SI NO
32. ¿Tiene usted muchos amigos? SI NO
33. ¿Disfruta usted de hacer bromas que pueden llegar a lastimar a la gente? SI NO
34. ¿Es usted una persona que se preocupa por todo? SI NO
35. ¿Cuando usted era niño hacía lo que se le ordenaba inmediatamente sin enojarse? SI NO
36. ¿Puede usted considerarse una persona feliz y con suerte? SI NO
37. ¿Es importante para usted ser limpio y de buenos modales? SI NO
38. ¿Se preocupa usted por cosas malas que pueden suceder, ejemplo: temblores, desborde de un río, etc.? SI NO
39. ¿Alguna vez ha roto o perdido algo de otra persona? SI NO

40. ¿Se considera usted una persona nerviosa o tensa? SI NO
41. ¿Es usted una persona que puede buscar o hacer nuevos amigos? SI NO
42. ¿Cuando está usted con otras personas es muy callado? SI NO
43. ¿Considera que el matrimonio es anticuado y debiera quitarse? SI NO
44. ¿En algunas ocasiones tiende usted a presumir? SI NO
45. ¿Puede usted fácilmente alegrar una fiesta muy aburrida? SI NO
46. ¿Le molestan las personas que manejan cuidadosamente un carro o camión? SI NO
47. ¿Se preocupa o interesa usted por su salud? SI NO
48. ¿Ha habido alguna ocasión en la cual usted ha dicho cosas malas acerca de alguien? SI NO
49. ¿Le gusta platicar bromas y chistes a los amigos? SI NO
50. ¿La mayoría de la comida le sabe igual? SI NO
51. Cuando usted fue niña, ¿en alguna ocasión engaño a sus padres? SI NO
52. ¿Le gusta a usted mezclarse y estar con gente? SI NO
53. Si usted supiera que ha cometido errores en su trabajo, ¿le preocuparía? SI NO
54. ¿Tiene usted problemas para dormir? SI NO
55. ¿Se lava usted las manos siempre antes de comer? SI NO

56. Cuando la gente platica con usted, ¿casi siempre sabe qué contestar? SI NO
57. ¿Le gusta llegar a sus citas con mucho tiempo antes? SI NO
58. Sin haber ninguna razón, ¿se siente usted con frecuencia cansada, y que no le importan las cosas? SI NO
59. ¿Ha hecho usted alguna vez trampa en un juego? SI NO
60. ¿Disfruta usted de hacer cosas en las cuales tiene que actuar rápidamente? SI NO
61. ¿Su mamá fue o es una buena mujer? SI NO
62. ¿Frecuentemente siente usted que la vida es aburrida? SI NO
63. ¿Ha tomado usted ventaja de alguien alguna vez? SI NO
64. ¿Con frecuencia, hace usted más cosas de las que puede hacer? SI NO
65. ¿Hay algunas personas que continuamente lo tratan de evitar, por ejemplo, si lo ven, voltearse y no saludarlo? SI NO
66. ¿Se preocupa usted mucho por su apariencia? SI NO
67. ¿Piensa usted que la gente pasa mucho tiempo trabajando y guardando dinero, preocupándose por su futuro? SI NO
68. ¿En alguna ocasión ha deseado usted estar muerto? SI NO
69. ¿Dejaría de pagar algo que debe, si estuviera seguro que nunca lo encontrarían? SI NO

70. ¿Es usted capaz de iniciar la diversión en una fiesta? SI NO
71. ¿Trata de no ser brusca o ruda con la gente? SI NO
72. Después de hacer el ridículo (ejemplo: em borrachándose en una fiesta o si se le rompen los huevos en la calle) ¿se queda usted preocupada por mucho tiempo? SI NO
73. ¿En alguna ocasión, insiste que se hagan las cosas como usted quiere? SI NO
74. Cuando sale del pueblo en camión, ¿lo toma en el último minuto? SI NO
75. ¿Sufre usted de los nervios? SI NO
76. ¿Fácilmente sus amigos rompen con usted sin que esto sea por su culpa? SI NO
77. ¿Se siente usted solo frecuentemente? SI NO
78. ¿Hace usted lo que aconseja a los demás? SI NO
79. ¿Le gusta en ocasiones molestar o lastimar a los animales? SI NO
80. ¿Es usted de las personas que se lastima muy fácilmente cuando la gente le encuentra fallas a usted o a su trabajo? SI NO
81. ¿Ha llegado usted tarde en alguna ocasión a una cita o a su trabajo? SI NO
82. ¿Disfruta usted de mucho bullicio y animación a su alrededor, por ejemplo: cuando camina usted en una feria? SI NO
83. ¿Le gustaría que otras personas le tuvieran miedo? SI NO
84. ¿Esta usted en algunas ocasiones llena de fuerza y en otras muy lenta y floja? SI NO

85. ¿En algunas ocasiones deja usted para mañana lo que debe hacer hoy? SI NO
86. ¿Piensa la gente que usted es una persona muy alegre y animada? SI NO
87. ¿La gente le platica a usted muchas mentiras? SI NO
88. ¿Es usted delicado para ciertas cosas? SI NO
89. ¿Cuando comete un error, lo puede usted aceptar o reconocer? SI NO
90. Cuando ve a un animal atrapado en una trampa se siente triste? SI NO