



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

232
PSI

EL PERFIL PSICOLOGICO DEL RESIDENTE EN PEDIATRIA

TESIS PROFESIONAL

Que Presentan para Obtener el Título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

María de los Dolores Gutiérrez López
Celia Isicahua Solares
Virginia Palacio Pérez



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.

Z 5053.08

UNAM. 9

1980

Ej : 2

M.-34194

Tip. 564



Con nuestro profundo agradecimiento al

DR. OCTAVIO DE LA FUENTE

por su valiosa colaboración y guía en la
elaboración de esta tesis.

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

Nuestro reconocimiento y gratitud al Dr. Luis Rangel Rivera, director de la presente investigación.

Al Lic. en Psic. Raúl Tenorio, por su asesoramiento en Metodología.

Al Lic. en Psic. Celso Serra, por sus acertadas aportaciones.

Al Actuario Eliseo Torres V., por su inapreciable ayuda estadística.

Al Dr. José Valle, por su interés y estímulo constantes.

Al Psic. Jesús Moreno, por sus comentarios referentes al MMPI.

A la Dra. Martha E. Juárez, por su inestimable intervención.

Enero 1980.

I N D I C E

CAPITULO I.

Introducción.

Antecedentes.

Consideraciones generales:

El aspecto social del pediatra.

Factores actuantes en el campo pediátrico.

Personalidad y estudiantes de Medicina.

Relación del pediatra con el enfermo y la familia.

Necesidad de una formación académica y práctica que capacite al pediatra hacia un mejor desempeño en -- las comunidades.

CAPITULO II.

El papel de las ocupaciones en la sociedad.

El papel de la ocupación en la vida del individuo.

Diferencias psicológicas en la elección de una ocupación.

Diferencias en la herencia social.

CAPITULO III.

Metodología.

Consideraciones generales:

1. Tipo de estudio.

2. Hipótesis de trabajo.

3. Instrumentos de Medición:

Test de Dominós.

MMPI.

4. Control de variables.

5. Muestra.

6. Tratamiento estadístico.

CAPITULO IV.

Resultados.

Test de Dominós.

MMPI.

CAPITULO V.

Conclusiones y discusión.

APENDICE A.

Conceptos psicoanalíticos.

APENDICE B.

El pediatra ante la muerte del niño.

BIBLIOGRAFIA.

La intervención del médico de menores no es fácil, pero sin duda que - para aquellos que gustan del trato humano, del placer de ver a los niños crecer y desarrollarse satisfactoriamente, de salvar vidas que aún están por vivirse y para los médicos que desean ser capaces de manejar su propia personalidad como a gente terapéutico integral y no como medio de agresión y que quieren mantenerse espiritualmente jóvenes a través del contacto con los jóvenes, el campo que la - pediatría les ofrece, es de posibilidades ilimitadas.

JULIO M. TORROELLA.

CAPITULO I.

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

Es de llamar la atención la poca importancia que se le ha concedido dentro de la Psicología al estudio de los rasgos de personalidad que caracterizan a profesionistas especializados, particularmente en el caso de la Medicina, ya que es de vital importancia el factor humano al que les obliga el ejercicio de su profesión.

Dentro del campo de la medicina especializada, ninguna rama ofrece tan amplias posibilidades ni mayores responsabilidades como la Pediatría.

El propósito del tratamiento médico del niño es permitirle un estado óptimo de desarrollo físico, mental y social, de manera que pueda rendir su máxima eficacia. El médico que cuida del niño tiene que estar familiarizado con el conocimiento del crecimiento y desarrollo normales, con las enfermedades y con los trastornos psicológicos propios de la edad infantil y sus reacciones hacia éstos. Además debe conocer el grado de desarrollo de diferentes tipos corporales y estados, ya sea con minusvalía física o mental o sin ésta inclusive.

Dada la importancia que posee el pediatra como una de las figuras importantes con las que el individuo tiene una relación estrecha a través de las etapas de su desarrollo y crecimiento, hemos enfocado nuestro estudio hacia la dilucidación de los rasgos de personalidad que constituyen el perfil psicológico del residente en Pediatría, con el objeto de poder ob-

tener cierta seguridad predictiva en cuanto al desempeño y -
constancia que deban presentar hasta la culminación de la es
pecialidad.

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

Los cimientos históricos de la Pediatría se remontan desde el florecimiento de la civilización griega, donde los niños eran educados dentro de las bellas artes; pero aquellos que nacían con algún defecto eran arrojados al abismo.

Los aztecas, a este respecto, poseían sistemas adecuados de protección al infante abandonado, pero los sacrificios humanos para rendir tributo a los dioses, se pagaban con jóvenes.

Se pueden distinguir cuatro etapas dirigidas hacia la protección del niño a partir de la era cristiana. La primera etapa comienza sin una organización, guiada únicamente por sentimientos de caridad y amor al prójimo, procurando una atención especial al niño desvalido.

La segunda etapa se inicia con Vasco de Quiroga en la Nueva España y San Vicente de Paúl en Francia, donde principian las obras de beneficencia colectivas.

La tercera etapa la marca la Revolución Francesa al considerar la protección al niño como una obligación del Estado, dirigido exclusivamente al niño huérfano o abandonado.

Finalmente, la cuarta etapa se refiere a la época actual - en la que los cuidados no son enfocados únicamente al niño desvalido o desamparado, sino que abarca al sano a quien también debe protegerse con educación obligatoria, vigilancia médica y asistencia social.

En lo que se refiere a la Pediatría como una especialidad en la medicina práctica, se inicia en Norteamérica a finales -

del siglo XIX. Es entonces cuando los problemas médicos de -- los niños han sufrido notables cambios y por lo tanto la práctica pediátrica se ha visto influida considerablemente.

"La primera etapa de la Pediatría en México abarca seis -- lustros y en ella sirve en la cirugía y la medicina generales en forma indiferenciada (1895-1925).

En la segunda etapa que cubre de 1925 a 1943 lucha por establecer sus bases de sustentación.

La tercera etapa comprende de 1943 a la fecha, en que conforma su propia estructura.

En efecto, el nacimiento de la Pediatría en México como -- disciplina científica, coincide obligadamente con el establecimiento de la enseñanza pediátrica formal y definitiva en la Facultad de Medicina.

Es producto de la Pediatría Francesa, cuya espiritualidad forja para México un maestro, Mario Torroella, quien al inaugurar su cátedra en 1925 habría de asentar el principio de la enseñanza de la Escuela Pediátrica Nacional, y quien a través de ella y del pensamiento francés, alimenta y modela a las juventudes médicas de esa época.

Pronto hace su aparición la Pediatría Norteamericana, con su rico acervo de realizaciones que progresivamente gana adeptos con el espíritu pragmático que le anima, su colosal desarrollo inquietó a todos y en medio de la conmoción producida -- surge un carácter creador: Federico Gómez, que lenta y perseverantemente conquista el ambiente, y no solo exige y organiza -- el Hospital Infantil de México, sino como inspirado artífice -- plasma en aquel con excepcional armonía, los valores espiritua

les transmitidos por Torroella, la metodología y el sistema -- norteamericano, y lo que es mas importante, incorpora hábilmente la ansiedad científica del médico mexicano.

En esta forma quedan establecidas las bases de la tercera etapa pediátrica que estamos viviendo y en la cual por primera vez, se puede hablar de Pediatría Mexicana." ¹⁹

Sería obsoleto poner en duda la importancia que tiene la - Pediatría dentro de los estudios médicos realizados en razón - de los múltiples y variados problemas que presentan los cuidados y las enfermedades de los niños, para la mayoría de los médicos, desde que inician su práctica profesional.

Al decir de Valenzuela, "Pediatría (de pais-niño, e iatria -curación) no solamente significa en la actualidad el arte de curar niños, sino que, con más amplio sentido, se considera como la rama de la Medicina que estudia la fisiopatología del individuo en crecimiento, es decir, no solamente implica los conocimientos de las condiciones patológicas del niño y su tratamiento, sino también lo que se refiere a sus características - normales, dinámicas, tanto somáticas como fisiológicas, psicológicas y sociales.

La Pediatría abarca los problemas complejos de atención y vigilancia del niño sano, la profilaxis de las enfermedades -- transmisibles, las reglas de la alimentación de las diferentes edades, la dietética del niño enfermo, el diagnóstico y el tratamiento de los padecimientos, los capítulos especiales del recién nacido y el prematuro, los trastornos psicológicos, etc." ²¹

La responsabilidad del médico que debe atender niños comprende además del acervo extenso de conocimientos al día, re--

quiere la habilidad especial para tratar a los niños y a sus familiares. Este punto será desarrollado posteriormente con más amplitud.

El pediatra debe tomar en cuenta dos aspectos que son fundamentales dentro de su práctica, dondequiera que realice ésta:

1. Vigilancia médica, periódica, del niño sano, y
2. Atención médica curativa del niño enfermo.

Ambos aspectos están basados en los conocimientos científicos y en la técnica del arte de examinar y tratar al niño y atender a sus familiares.

Desafortunadamente se sigue prestando todavía una atención insuficiente a la prevención, el diagnóstico y el manejo de los problemas emocionales y muchos médicos que atienden niños no le conceden aún el debido interés.

Como parte de su formación académica fundamental el pediatra debe conocer el desarrollo normal de la personalidad, los factores que influyen en ella y la manera de prevenir, diagnosticar y tratar los problemas emocionales comunes; de lograr lo anterior tendrá la recompensa de ver a sus pacientes encaminados hacia una mejor adaptación.

CONSIDERACIONES GENERALES

EL ASPECTO SOCIAL DEL PEDIATRA.

Ciertos aspectos de la salud tales como la profilaxis de las enfermedades contagiosas, constituyen una responsabilidad de la sociedad, sin excluir la responsabilidad propia de cada individuo; por lo que debemos considerarla como un problema social que implica además aspectos esencialmente humanitarios. En una verdadera democracia la salud debe ser uno de los derechos de todo niño.

En su afán por resolver el problema médico, a menudo el pediatra no se percatada de que está tratando con una persona enferma y no con una enfermedad física per se. Usualmente los trastornos psíquicos que acompañan a la enfermedad son tan grandes o mayores que los físicos. Esto resulta válido tanto para la infancia como para etapas posteriores. Así, en la práctica pediátrica el interés debe orientarse fundamentalmente hacia el niño, considerado como una unidad bio-psico-social.

James S. Plant opina que: "formarse un concepto de toda la constelación familiar requiere tiempo. Si los padres son hiperansiosos, de nada sirve dar muestras de enfado con ellos. Si el niño es empujado física y mentalmente más allá de su capacidad, la respuesta no debe consistir en una enojada acusación sino mas bien en conseguir que la familia ponga a prueba sus finalidades y valores con más cuidado. Cada enfermedad se

complica, y muy seriamente con la exigencia familiar de que el niño se comporte como un espartano o que adopte una actitud de sumisión. Estas actitudes apremiantes poseen una causa natural, seguramente igual a la que poseen la fiebre y el dolor.

Importa saber lo que significa el niño para cada uno de -- sus progenitores. A veces la preocupación angustiosa sobre su enfermedad es una especie de parche a título de remiendo de urgencia a una situación matrimonial precariamente enrarecida. Con frecuencia el médico comprobará que uno de los progenito-- res siente celos a medida que el niño absorbe el interés del otro. La asistencia y los gastos del niño son soportados de ma la gana por algunos; otras familias se alaban en este aspecto y expresan de modo inoportuno su goce en la abnegación. Un número infinito de quejas sobre un niño puede significar que éste ha interrumpido de repente una "carrera" o la edificación - del bienestar familiar.

El pediatra puede muy bien declarar que estos asuntos no - son de su incumbencia pero constituyen graves "complicaciones" de toda enfermedad y la base de todos los tipos de problemas a cuciantes sobre la educación del niño que se le presenta en su consultorio.

El pediatra debe también cultivar la práctica de ver al niño a solas y darle la sensación de que sus confidencias son -- respetadas. Hay que dar mayor impulso a la técnica de la "propia historia". Esta es una breve recapitulación de aconteci-- mientos, partiendo de un punto muy anterior al acontecimiento considerado. Si uno pregunta a un niño por qué robó o se comportó como un maleante, lo corriente es que no lo sepa. Mu---

chas de las cosas que hacemos son inexplicables si las consideramos retrospectivamente. Por lo tanto, el pediatra debe de enfocar los hechos tal como lo fueron para el niño. Solo sabiendo lo que un acto significa para el niño en el momento en que se efectúa es posible comprenderlo.

El lenguaje de la inteligencia son las palabras; el lenguaje de las emociones son las tensiones psicomotoras. Puede decirse a un niño que tiene fiebre y hay que enseñarle a tener equanimidad, valor y fé. El pediatra no puede indicar ansiosamente a los padres que conserven su calma o decirle al niño de modo apremiante que tenga paciencia. Estamos subordinados a la palabra escrita y hablada de tal modo que no nos damos cuenta hasta qué punto es totalmente insuficiente en el importante campo de las emociones. Así pues, con el niño, lo mismo que con los padres, es con el modo de hablar, de permanecer ante ellos, de andar y dar consejos como transmitimos nuestros más importantes mensajes.

A fin de comprender las actividades y reacciones del niño, el pediatra debe poseer o adquirir tres atributos fundamentales:

1. Eterna paciencia: dar tiempo al niño y liberarlo de las ansiedades y entremetimientos del adulto.
2. Fé en la capacidad del niño para resolver sus propios problemas: una vez que el pediatra cuenta realmente con la confianza del niño, debe mostrar de modo consistente su fé en la propia capacidad del mismo para resolver sus problemas, sea cual fuere.
3. Capacidad de ver el problema con los propios ojos del -

niño. Ello no debe servir para excusar al niño, sino para comprenderlo. En tanto el pediatra no ha visto lo que el niño intenta hacer, trabaja a ciegas. En cada caso el niño está intentando resolver por su cuenta un problema en las relaciones humanas.

En todas estas materias el pediatra se halla en una posición peculiarmente difícil. Su edad y posición de autoridad hacen que el niño lo considere exactamente "como a otra persona mayor". Ello le incita a las mismas rebeliones, reticencias y violentas agresiones que obligaron a los padres a llevar al niño a su presencia. De no intentar de una manera resuelta enfocar los problemas de la infancia sobre esta base amplia y natural, el pediatra continuará siendo un especialista en las enfermedades propias de la niñez, en vez de ser un especialista en niños." ²²

FACTORES ACTUANTES EN EL CAMPO PEDIATRICO

1. LOS PADRES.

El niño representa la maduración biológica de los padres. Ellos lo han engendrado y tienen la responsabilidad de guiarlo y de dirigir su crecimiento y desarrollo.

El niño pequeño depende casi completamente de su madre y en una forma inevitable se transforma parcialmente en una extensión de su personalidad, de modo que consciente o inconscientemente se ve influido por sus esperanzas y temores, gustos y prejuicios, amores y odios. También el padre tiene influencia, pero en menor grado. Con frecuencia los padres no pueden evitar el deseo de que sus hijos sean idénticos, a los que solo son el producto de su imaginación.

Los padres deben saber guiar a su hijo según los moldes culturales que sean aceptables para él, para los padres mismos y para la sociedad y que al mismo tiempo produzca la individualidad necesaria en el hijo, para que pueda transformarse en un adulto capaz de desarrollar su potencialidad creativa.

Guiar y dirigir, por una parte y por la otra dejar cierta libertad traen problemas que requieren ser afrontados con decisión. ¹⁴⁻¹⁸

Torroella afirma que cuando hay buena relación con la madre, la aceptación del médico por parte del niño es más fácil.

El pediatra sin embargo, debe evitar intervenir en los --- problemas que no están en íntima relación con los niños. Tampoco debe pretender transformarse en psicólogo o psiquiatra y debe reconocer y aceptar sus limitaciones, concretándose a valorar el problema, su gravedad, la parte que le corresponde a la madre y la ansiedad concomitante del paciente y de la familia. Si considera que la situación no es grave, puede ayudar a resolverla enseñando a los padres a reconocer el origen del problema y a realizar las correcciones necesarias a su actitud. Si estima que la situación va más allá de sus capacidades, su obligación consistirá en canalizar al paciente con el especialista pertinente.

2. LOS MENORES.

El niño inicia su vida equipado con un patrón genético proporcionado por sus antepasados. A él se agregan los factores ambientales y de ambos resulta su personalidad.

En los primeros años, el ambiente está formado fundamentalmente por los padres y en especial por la madre.

Hay necesidad de desarrollar en el niño una sensación de confianza y permitirle al mismo tiempo el desarrollo de su independencia y autoexpresión, ambas cosas deben realizarse de por vida, lo cual origina problemas, a veces de difícil solución. ¹⁴⁻¹⁸

3. EL AMBIENTE.

Otro factor de ajuste entre las necesidades y deseos del individuo, es el que se refiere a los hábitos

y a las costumbres de la sociedad en que vive.

Estas costumbres representan la experiencia de las gentes, interpretada por ellas mismas y suele ser difícil para el niño, entender que la mayoría de los hábitos y de las leyes de la sociedad en última instancia también suelen ser favorables a él mismo; además, las soluciones ideales traen conflictos y requieren ajustes y puede decirse en términos generales, que el individuo completamente sumiso, que ajusta sus actividades totalmente a las costumbres de la sociedad y que evita las iniciativas propias suele ser poco útil a él y a los demás. 14-18

PERSONALIDAD Y ESTUDIANTES DE MEDICINA

Paget, cirujano británico, estudió una muestra de mil alumnos suyos. De estos mil alumnos, 23 tuvieron un éxito notable, 66 éxito considerable, 507 éxito promedio, 56 fracasaron definitivamente, 96 dejaron la profesión, 87 fallecieron después de 12 años de iniciar su práctica, y 41 murieron durante su formación.

A este respecto Paget comentó que: "el carácter personal, la verdadera naturaleza, debe ser fuerte si el estudiante va a sobrevivir y acaudalar éxitos durante su paso en la escuela médica y en su vida profesional." ⁵

Recientemente un estudio similar fué realizado con 1337 estudiantes de Medicina en la Johns Hopkins University School of Medicine. Se encontró que el 3.1% de los graduados, y alarmantemente el 11.2% de los no graduados murieron prematuramente. Enfermedades mentales incipientes y perturbaciones emocionales contribuyeron substancialmente al fracaso académico, a un desarrollo pobre durante y después de la escuela médica y a una -- muerte prematura. El autor concluyó que: "el sostén psicológico es de vital importancia para el ingreso del estudiante de -- Medicina, si él o ella quieren alcanzar la meta de llegar a -- ser un médico con renombre" y que "una imagen pobre de sí mismos, la autoestima dañada y una depresión encubierta, enojo y temor de enrolarse cuando ciertos estudiantes están bajo las -- presiones de la escuela médica, suelen ser de gran influencia" ³⁶

Sutker contempla un punto de vista donde los médicos, aquellos que completaron exitosamente sus estudios e ingresaron a la escuela médica, tendieron a realizar grandes hazañas, y los factores de motivación que bajo estas hazañas incluyeron, con frecuencia factores tales como autoestima devaluada, podrían más tarde sentenciarlos a una mala adaptación en el contexto de una ocupación que se inicia y se termina.

"Tendencias hacia el exhibicionismo, la agresividad, la autonomía, necesidad de ganar y un dominio personal, fueron las características principales de los estudiantes que fueron altamente exitosos en términos de desarrollo clínico." ⁵

Los autores anotan cuidadosamente que se necesita investigación adicional. Se podría buscar un apoyo de muchas anécdotas en relación con sus observaciones, ya sea de artículos publicados o no.

En un Editorials titulado "Personalidad y práctica" se hizo hincapié en lo siguiente: "La manera asombrosa en la que algunos hombres que se graduaron en las escuelas médicas con lo que parecía el mínimo conocimiento de la medicina, repentinamente, entran a la práctica con éxito, lo cual es poco usual. . . A los estudiantes verdaderos y honestos les parece como acertijo que los superficiales tengan tanto éxito. Hay una explicación cabal que abarca todo esto. El éxito es debido a la personalidad peculiar del practicante. Este toque personal, esta atracción física del paciente y sus amigos no debe hacerse a un lado por el científico. Es una práctica de la Medicina.... una parte que no debe ser pasada por alto....". ⁴⁰

Recientemente un escritor de Editorials, hizo la siguiente

anotación: "Las presiones de la vida moderna y de las prácticas modernas están causando efectos desagradables sobre nuestros doctores. Ellos dan a notar demasiada impaciencia, demasiada irritabilidad, muy poco control de sí mismos y para ser un buen médico, alguien ha dicho: Uno debe ser un hombre bueno y bondadoso." 13

"Nada trasciende a la personalidad", dijo el finado Charles Chaplin. Las observaciones de Sutker y sus colegas hacen aparecer esto como cierto en la actitud durante la escuela médica.

Sin embargo, uno debe compartir los sentimientos de este reciente escritor británico, quien notó que "una de las grandes atracciones de la profesión médica es que ésta puede asimilar una gran variedad de tipos de personalidad." 3'

No todos los pacientes necesariamente prefieren que su médico manifieste las tendencias que parecen caracterizar a los que llevan a cabo el estudio que hemos mencionado. Hay cabida para la diversidad y tenemos la esperanza de que tal diversidad aumentará con la energía y el ímpetu de los futuros médicos.

RELACION DEL PEDIATRA CON EL ENFERMO Y LA FAMILIA

No basta que el médico que atiende menores sea un buen técnico, que desde luego debe serlo, sino que primordialmente debe ser un directivo social, o sea, que debe al mismo tiempo actuar como servidor y como promotor de salud en la comunidad -- donde ejerza. El pediatra y en general los médicos que atienden niños no deben ser una abstracción, sino una realidad social resultante de su cultura; entendiendo por cultura "el conjunto de características propias de una sociedad humana, entre las cuales quedan incluidas las costumbres, las ideas, las creencias y los valores que se conceden a los distintos aspectos humanos." 38

Ciertamente la igualdad de cultura hace más fácil y rápida la comunicación entre los miembros de la sociedad, por lo que el médico debe ser sensible a las diferencias culturales si -- quiere lograr algún resultado positivo; para ello necesita conocer los factores culturales y el origen de ellos. 20

La familia está considerada como una institución eminentemente social, y el pediatra, mas que tratar problemas individuales se avoca a problemas familiares; por ello, su actuación profesional no debe limitarse a prevenir, diagnosticar y curar, sino que debe constituirse en un consejero de salud, en sus aspectos bio-psico-sociales.

Es notable como el pediatra y el médico general influyen -- en la familia de una manera tan estrecha, por lo que su fun---

ción principal debe ser de tipo educativo, dirigido especialmente hacia las madres de los pacientes quienes con frecuencia tienen necesidad de sentirse seguras y confortadas en sus momentos de preocupación.

Plantean problemas especiales los casos que incluyen a los niños con inferioridades de orden físico y mental. En el sentido literal de la palabra, el concepto de inferioridad puede aplicarse a cualquier defecto físico o mental o déficit sociológico de todo niño. En sentido estricto, el término inferioridad implica un defecto físico o mental incompatible con una actividad o rendimiento normales.

Ante todo el problema consiste en descubrir estos trastornos. Luego debe determinarse cuidadosamente el estado físico, mental y psicológico del niño. También se tendrá en cuenta la situación de la familia. Todo ello requiere el trabajo en equipo, aunque debe ser un solo médico quien asuma la responsabilidad global y dirija el tratamiento. Hay que actuar con un criterio práctico, apreciando el estado del niño y las condiciones de la familia para determinar lo que verdaderamente puede hacerse. Se procurará en todo lo posible dar al niño las máximas oportunidades que permitan las circunstancias en que se encuentra, pero la familia no debe esperar que se consiga lo imposible. Solamente podrá decirse que el médico ha obtenido éxito en su misión cuando haya logrado dar al niño el mayor grado de independencia compatible con su inferioridad. ²²

NECESIDAD DE UNA FORMACION ACADEMICA Y PRACTICA
QUE CAPACITE AL PEDIATRA HACIA UN MEJOR DESEMPE
ÑO EN LAS COMUNIDADES

Los aspectos sociales de la Pediatría, o sea lo que actualmente se designa como Pediatría Social, han ido alcanzando cada vez mayor influencia y consideración ya que incluyen el estudio de los problemas de los niños que se encuentran en condiciones de inferioridad en sus cuidados y en su medio de vida, así como el de todas aquellas actividades que se llevan a cabo para lograr su mejor desenvolvimiento psico-biológico, con el objeto de que gradualmente se conviertan en individuos capaces de satisfacer sus necesidades propias y en personas creativas, útiles y responsables dentro de su núcleo familiar y de su comunidad. Tales actividades que en un principio únicamente abarcaban al niño desamparado y en condiciones de incapacidad o de enfermedad, han ido adquiriendo mayor importancia y amplitud dentro del campo de la Medicina Preventiva y de la Educación. Así mismo incluyen tanto las que realizan los organismos oficiales, gubernamentales, como aquellas que se desarrollan en las instituciones de carácter privado.

Cabe señalar que la integración de la personalidad psicobiológica del hombre se lleva a cabo fundamentalmente a través de los primeros cinco años de vida, por lo que las agresiones físicas o emocionales, tanto en este período como en los poste

riores de la infancia y de la adolescencia, la deterioran de manera indiscutible en la mayoría de las ocasiones.

Por este motivo las perturbaciones superficiales o iniciales de desintegración familiar, de frustraciones afectivo-emocionales, de falta de previsión o de atención médica deficiente, de irregularidad en la alimentación, de falta de higiene, de condiciones económicas y culturales precarias, pueden llegar a repercutir si no son corregidas a tiempo, en condiciones persistentes o crónicas de enfermedad, de invalidez, de fragilidad socio-económica definitiva o de abandono total del niño.

Y no hay que adoptar una actitud pasiva y fatalista dando lugar a que esto se manifieste, esperando que el niño enferme gravemente, quede inválido, sea un vagabundo o llegue a delinquir; es obligación del pediatra estar atento a este tipo de manifestaciones por incipientes o discretas que sean, para atenderlas oportuna y correctamente.

La amplitud y propagación de la educación médico-higiénica-pediátrica es un punto relevante en la reducción de las cifras de mortalidad infantil que se han venido registrando a través de los últimos tiempos.

La tarea de una formación educativa y las medidas de profilaxis que van a redundar en beneficio del niño, deben ser dirigidas especialmente hacia la madre o hacia los parientes más allegados al niño, y el pediatra lleva sobre sí mismo la mayor responsabilidad, porque él es quien tiene la oportunidad de tratar con los numerosos grupos de personas a quienes no llega propaganda higiénica o educativa apropiada y porque él es quien debe ganarse la confianza y la estimación de esos nú-

cleos familiares, a los que debe convencer de la necesidad de prodigar todos los cuidados que el niño requiere para desarrollarse en las mejores condiciones biológicas.

Por lo tanto, el médico que atiende niños debe aprender y asimilar los patrones culturales de la comunidad en la que actúa, adaptarse e infiltrarse en ellos, para poder establecer y mantener relaciones afectuosas con sus integrantes, de manera que sus servicios profesionales sean solicitados, aceptados y respetados y por tanto resulten eficaces y útiles.

El pediatra requiere condiciones especiales, al decir de Florencio Escardó y Anaya: "Un sentir corriente pretende que al pediatra han de gustarle los niños y, como tal, se supone que le produzcan gracia y que será con ellos juguetón y festivo. No hay tal; el pediatra ha de sentir en el niño al hombre de mañana y que debe captar con plena responsabilidad que de lo mucho que él haga dependerá su dicha futura y su verdadero equilibrio; debe comprender sutilmente que el niño es, con frecuencia, tremendamente desdichado, hondamente incomprendido y que estas desgracias han de ser medidas por su realidad anímica en el ser infantil. El médico de niños requiere la capacidad de comprender el sentido funcional de cada niño dentro de su familia, a la que unas veces completa y otras desintegra. El pediatra no ha de querer superficialmente al niño, sino amar en él al hombre, que es cifra y resultado del niño, a veces triunfo, a veces fracaso, a veces esperanza, a veces desencanto, y ha de respetar en su paciente un tremendo coeficiente de misterio y devenir. Quien no entienda de un modo vivo y real que el niño no es una presencia sino una continuidad, no

debe ser pediatra; ese concepto le será más fácil de alcanzar a medida que transcurran los años de su profesión y vea crecer y transformarse a sus clientes de bebés en niños, de niños en adolescentes, de adolescentes en hombres; el pediatra debe entender todo esto con un poco de meditación y sentirlo con un poco de imaginación para comprender si es capaz de --- prestar lúcida compañía a este transcurrir vital." 41

El considerar al niño en cualquiera de sus etapas de crecimiento y desarrollo, dentro de un marco dinámico de su personalidad tanto en salud como en ausencia de ésta, lo mismo - en su constitución somática como en sus concomitantes psicológicos, ha influido en la actual consideración de que la Pediatría y quienes la ejercen, abarquen y se responsabilicen de - la atención de los problemas del adolescente, a lo que no se le ha prestado suficiente atención por parte de los médicos - que solo atienden adultos y por los que solo ven niños. Al - correr de los años, por pocos que éstos sean, el pediatra --- consciente puede vislumbrar la trascendencia de sus actuaciones ante esos grupos de personas que están en constante crecimiento somático y desarrollo funcional, considerando de vital importancia dentro de éste los aspectos psicológicos y así poder llegar a sentirse satisfecho en la medida en la que logre cumplir las funciones sociales que le impone su profesión.

CAPITULO II.

EL PAPEL DE LAS OCUPACIONES EN LA SOCIEDAD

El Diccionario Universitario Americano define la ocupación como "el empleo habitual de una persona, negocio, profesión u oficio" y Shartle como "un grupo de trabajos similares que se dan en algunas instituciones". Estas son definiciones típicas. Para el presente estudio, consideraremos la ocupación como el foco central de las actividades de una persona y, generalmente, de sus pensamientos. Entenderemos que el papel de la ocupación individual se ajusta al patrón de su propia cultura. 28

Gradualmente ha ido adquiriendo mayor relevancia el papel de la profesión en la vida del individuo, ya que posee una importancia psicológica mucho mayor de la que se le ha considerado hasta la fecha. Puede ser de gran utilidad, gracias a la teoría psicológica, el estudio dirigido a los tipos de satisfacciones que pueden lograrse a través del trabajo.

Gran parte de la existencia de un individuo está dedicada a su profesión, y hasta ahora la teoría normativa psicológica, así como la terapia, no han hecho hincapié sobre las relaciones que existen entre la elección de una ocupación y la satisfacción que obtienen a través de la misma.

Dentro de cierto margen, puede considerarse la elección de una ocupación como una autoclasificación; una indicación que señala ciertos aspectos de la propia imagen personal.

Roe señala que en todas las sociedades que conocemos, aún en las más simples y primitivas, existe alguna división del -- trabajo. Como mínimo, cada sociedad distingue entre los trabajos de los hombres y los de las mujeres, y la mayoría de ellas reconoce alguna subdivisión (generalmente dentro de los grupos de diferente sexo) en relación con la edad.

Aunque las divisiones respecto a la edad y sexo son características en todas las sociedades, las actividades particulares atribuidas al hombre y la mujer no son siempre las mismas. Estas son las divisiones primarias.

Las divisiones secundarias, basadas en otros factores diferentes a los de la edad o el sexo, no derivan de categorías ocupacionales; incluyen los grupos familiares, castas y, generalmente los grupos minoritarios.

En muchas culturas lo usual es que se transmitan habilidades especiales de diferentes tipos por vía familiar; puede darse de hecho si esa determinada ocupación se conserva celosamente como parte de las posesiones familiares. Es común que alguno o varios miembros de una familia continúen la misma profesión u otra relacionada en forma estrecha.

Al ir avanzando las sociedades y alcanzando cada vez mayor complejidad, se incrementan las formas de especialización y el número de especialistas; dando cabida a la estratificación ocupacional.

Al irse produciendo una especialización de las actividades, algunas de ellas han adquirido mayor relevancia, ya que por sí mismas otorgan mayor prestigio y status que otras; mientras -- más difícil y secreta sea la actividad y mientras más autono--

mía personal requiera, se asocia a la misma mayor reputación y status social.

Además de las divisiones del trabajo entre los diferentes miembros de una sociedad, puede haber una división de las actividades entre diferentes sociedades. Generalmente se debe al resultado de la distribución de las diversas fuentes de riqueza natural.

La función tan importante que ejerce la ocupación en las satisfacciones y frustraciones de una persona y hasta qué grado puede evolucionar la cultura cuando las restricciones ocupacionales son mínimas y la sociedad puede fomentar una amplia variedad de actividades laborales, facilitando a cada miembro del grupo que llegue a adquirir un sitio acorde con sus expectativas, nos lleva al estudio del cómo invierten su tiempo libre las personas que se encaminan hacia la elección de una ocupación.

EL PAPEL DE LA OCUPACION EN LA VIDA DEL INDIVIDUO

Para poder apreciar y comprender en qué medida el papel de la ocupación repercute en la vida del individuo, debemos poseer una aproximación objetiva en lo que se refiere al individuo y sus necesidades. No es verdad que el hombre trabaje únicamente para poder vivir. Pueden existir distintos impulsos en diferentes individuos para determinar la elección de una misma carrera, e impulsos iguales o muy similares pueden llevar a la elección de carreras muy diferentes.

Hendrick postula un "principio de trabajo". Opina que "el trabajo viene motivado en primer lugar por la necesidad de un uso eficiente de las facultades musculares o intelectuales; además el trabajo podrá satisfacer también otras necesidades como la agresión, sexo y autoconservación. Su principio de trabajo declara que el hombre busca y encuentra un placer primario en el uso eficiente de su mente, manos e instrumentos para controlar o modificar su medio ambiente." 16

Maslow considera al individuo como un todo integrado y organizado. Para poder comprender y clasificar las motivaciones humanas debemos avocarnos al estudio de la naturaleza humana, en lugar de tomar en cuenta únicamente los estudios animales. La clasificación deberá estar basada en los fines más que en la incitación de los impulsos. Estas necesidades o motivos pueden ser y son por lo general en su mayor parte inconscientes. "Las necesidades básicas que postula son:

1. NECESIDADES FISIOLÓGICAS.

La mayoría de ellas posee, al menos en apariencia, una localización somática; son las necesidades más importantes. La conducta implicada para lograr su consumación puede servir para canalizar necesidades de cualquier otro tipo. Cuando no pueden satisfacerse cualquiera de estas necesidades básicas, el organismo tiende a ser dominado por ellas haciendo que desaparezcan del plano las de tipo secundario.

2. NECESIDADES DE SEGURIDAD.

Este tipo de necesidades pueden gratificarse casi siempre, al menos en el caso de los adultos. Podemos apreciarlas -- claramente en la reacción directa de los niños ante las enfermedades corporales, carencia de padres, ante la aparición de un extraño o de estímulos incontrolables, y en sus preferencias de un mundo organizado y moderadamente rutinario. Por lo general, las necesidades de seguridad tan solo son claramente activas en los casos de emergencia de un tipo u otro; lo conocido es más seguro que lo desconocido.

3. NECESIDADES DE AFECTO Y AMOR.

Las personas desean ocupar un lugar en su propio grupo y -- mantener relaciones afectuosas con otras personas. En nuestra sociedad, el no satisfacer estas necesidades es una de las causas más comunes de la infelicidad, neurosis y aún de formas psicopatológicas más extremas.

4. NECESIDADES DE ESTIMA.

Son las necesidades de respeto y estima de uno mismo que estén firmemente basadas en la realidad y en el respeto y estima de los otros. El no lograr satisfacer estas necesida-

des produce sentimientos de inferioridad, decaimiento y desamparo.

5. NECESIDAD DE ADQUIRIR CONOCIMIENTOS.

Cualquiera que haya observado el crecimiento de los niños sabe que el niño normal acumula y atesora conocimientos y busca su comprensión. Existen personas que evitan la posibilidad de adquirir conocimientos específicos, y puede deberse al castigo o detracción durante la niñez ante la curiosidad por saber o conocer ciertas cosas. Puede ser que algunas formas psicopatológicas, particularmente del sistema de valores, se deban a las necesidades de conocimientos y comprensión no gratificadas.

6. NECESIDAD DE COMPRESION.

Necesitamos alcanzar una cierta comprensión sobre el mundo que nos rodea y sobre nosotros mismos, y en algunas personas este deseo llega a cobrar más fuerza. La interpretación del mundo en términos de algún esquema religioso o filosófico forma parte de toda cultura conocida.

7. NECESIDAD DE BELLEZA.

Aún no se ha demostrado que su frustración pueda producir enfermedades, formas patológicas o alguna otra perturbación en el desarrollo total del organismo, tan solo puede incluirse como hipótesis dentro de las necesidades básicas.

8. NECESIDAD DE AUTOREALIZACION.

Todo lo que "pueda" llegar a ser el hombre "debe" alcanzarlo si quiere llegar a ser feliz, y mientras más capacidades posea, más necesidad sentirá de lograrlo. Esta necesidad - variará según las capacidades del individuo y probablemente

siempre se expresará en su estilo de vida. Una vez que ha surgido parece que organiza, y en algún sentido controla, - el resto de las necesidades." 21

Una persona satisfecha es la que tiene a su alcance los medios a través de los cuales le es posible obtener la gratificación de todas sus necesidades básicas siempre que aparezcan -- cualquiera de éstas.

Se ha mencionado que las necesidades pueden satisfacerse - de distintas maneras, y que una situación puede en forma simultánea gratificar varias necesidades. Cuando en su mayoría las necesidades de un grupo más bajo están satisfechas, pueden surgir otras necesidades más elevadas; pero cuando éstas últimas están satisfechas tan solo parcialmente, pueden aflorar otras, y así sucesivamente. En nuestra sociedad, no existe ninguna - situación tan ideal que permita que la ocupación pueda brindar una satisfacción de las necesidades básicas a todos los niveles.

Para que un trabajo pueda satisfacer a un individuo hay -- que tomar en cuenta los siguientes aspectos: el trabajar dentro de un grupo agradable, el formar parte intrínseca del funcionamiento del mismo, el ser necesitado y bien acogido.

En forma más clara podemos observar cómo la necesidad de - estima de uno mismo y de los demás puede verse satisfecha en - gran parte a través de la ocupación. Dentro de nuestra cultura, el ejercicio de una ocupación está considerado como el símbolo de haber alcanzado la etapa adulta, y como indicio de que un hombre o una mujer joven han alcanzado una etapa de cierta independencia y libertad. El obtener trabajo lleva en sí mis-

mo una carga de autoestima. La importancia que tiene puede -- apreciarse con mayor objetividad en los efectos devastadores - que produce el desempleo en el individuo.

En nuestro medio cultural, el status social y económico de penden preferentemente de la ocupación que se tiene que de --- cualquier otro factor. Existen personas cuya situación en la vida es especialmente difícil. En estos casos, dichas perso-- nas pueden lograr la satisfacción de sus necesidades a través del status y prestigio que les es conferido por la ocupación o que reciben de sus compañeros de trabajo.

Walker y Guest, refiriéndose a la frustración que se da en los trabajos masivos, sugieren que el sentimiento de anonimato, de quedar despersonalizado, es más perturbador que el aburri-- miento o la tensión que aparece a causa del trabajo repetitivo y mecánicamente puesto a tiempo. ²⁹

DIFERENCIAS PSICOLOGICAS EN LA ELECCION DE UNA OCUPACION

Estudios previos nos han llevado a la conclusión de que uno de los principales factores que intervienen en la elección de una ocupación, es la inteligencia. Existe una correlación directa entre ésta y el grado de educación. Comúnmente las ocupaciones de estratos más elevados requieren niveles más altos tanto en lo que se refiere a inteligencia como a educación. Respecto a la inteligencia y las aptitudes especiales, parecen estar distribuidas aparentemente de una forma normal en cada sexo.

Se ha observado que por lo general, algunas ocupaciones especializadas atraen a personas que se asemejan entre sí en algunas características de personalidad. No obstante que los que realizan una ocupación particular pueden tender a mostrar ciertos patrones de personalidad más comúnmente que otros, muchos de ellos sin embargo, que desempeñan dicha ocupación no siempre seguirán el patrón establecido. Roe sugiere que "los que divergen de la norma general pueden aportar una contribución particular, en parte porque se enfrentarán a los problemas de formas ligeramente diferentes que los otros." 28

Existen algunas personas que son verdaderamente incompatibles con cierto tipo de ocupaciones, y los factores de personalidad e intereses son de importancia capital para determinarlo.

Busold ha señalado que "entre los factores psicológicos --

profundos de importancia para la elección de profesión y el éxito en ella, que no se han tenido suficientemente en cuenta, se encuentran: impulsos positivos y negativos contra la prohibición; expresión de aspiraciones y ambiciones; fuerza de voluntad; confianza en uno mismo e iniciativa." 28

Super define al interés como "la declaración verbal del mismo que se tiene por un objeto, actividad, tarea u ocupación." 33

Roe señala que la manifestación del interés significa la participación real en una actividad u ocupación. El interés por una actividad depende de la acumulación de información que se posee sobre la misma.

Los intereses son importantes para la psicología de las ocupaciones porque se ha descubierto que las ocupaciones pueden diferenciarse precisamente en base a estos intereses. Se ha demostrado que siempre que se reúnen varios hombres en una ocupación poseen, como tal grupo, patrones característicos de preferencias y aversiones, que a su vez son diferentes de los patrones de los individuos pertenecientes a otra ocupación.

Los intereses no son entidades psicológicas totalmente independientes, sino que vienen determinados de una forma múltiple. Son aquellas cosas que gustan al individuo, a lo que presta una atención espontánea, observa, piensa sobre ello, o realiza con satisfacción y alegría.

Los intereses varían con la edad, pero se estabilizan relativamente en la post-adolescencia. Tienen algunas relaciones con las aptitudes, pero están más estrechamente relacionados con las actitudes. También varían según la experiencia ambien

tal del individuo. 28

Uno de los primeros estudios que han pretendido analizar los factores subyacentes de los intereses, ha sido realizado por Thorndike. Empleó una escala de 11 puntos, con 16 ítems en la que clasificaron sus intereses 122 graduados universitarios. El examen de las correlaciones le llevó a la conclusión de que existe una gran especialización de intereses y que los grupos de factores parecían más relacionados con las características de las situaciones a las que se había respondido que con "rasgos" unitarios de los sujetos. Postuló los siguientes factores:

1. Tendencia media o total a disfrutar. Aparentemente opuesta a los intereses por juegos sedentarios y trabajo metódico.
2. Preferencia por la comunicación social, incluida la conversación.
3. Preferencia por lo útil.
4. Preferencia por las tareas ideológicas e imaginativas.
5. Preferencia por la música.
6. Preferencia por los deportes al aire libre. 37

Así vemos como todos los análisis separan de un modo u otro los intereses científicos, lingüísticos, sociales y de negocios.

Super sugiere que debe tenerse en cuenta la posición social y mantiene que tan solo en los grupos más elevados se encuentran asociadas las aspiraciones socialmente aceptadas con la ocupación del padre. 34

Tyler sugiere una teoría sobre el papel que desempeña el patrón de intereses: "Ya que las diferencias entre los sexos -

son las que se hacen aparentes más pronto en los niños, podemos esperar que sus actitudes hacia las actividades apropiadas para ellos estén relacionadas con estas diferencias antes que otros factores, como los conceptos de clase y estereotipos ocupacionales ejerzan su influencia sobre los intereses. El hecho de que las aptitudes especiales correlacionen con los intereses en el caso de los niños, pero no en el de las niñas, puede demostrar que hasta en esa edad los niños empiezan a adoptar roles diferentes ajustándose a las posiciones que en el futuro deseen ocupar mientras que en el caso de las niñas pequeñas, que se imaginan en el futuro como amas de casa, serán irrelevantes las distinciones basadas en la capacidad intelectual." 39

Diversos estudios muestran que los intereses profesionales no parecen verse afectados por la experiencia previa que se posea en una profesión particular.

Berdie encontró que las personas que han desempeñado ocupaciones que implican relaciones personales son más receptivas y emocionales frente a su entorno, mientras que los que desempeñan ocupaciones relacionadas con las "realidades" de la vida tienden a manifestar un rechazo de su entorno y hasta una desilusión cínica del mismo. Las personas con ocupaciones mundanas, algo aburridas, generalmente se muestran indiferentes a lo que les rodea. 40

Se disponen de serios indicios de que la predilección por una ocupación está relacionada en forma estrecha con diferentes aspectos de la personalidad. Se han hecho estudios más am

plios en relación con la personalidad y los intereses. Estos poseen mayor importancia que los factores intelectuales como determinantes del tipo de ocupación en que un individuo se desempeñará.

DIFERENCIAS EN LA HERENCIA SOCIAL

Dentro de nuestra cultura, la herencia social no está limitada a los factores de posición familiar y fortuna; abarca - así mismo la situación general que prevalece en la comunidad y el país en que vivimos. Se encuentran diferencias marcadas entre sociedades que poseen aproximadamente el mismo nivel de civilización y muchos rasgos culturales comunes.

El acervo cultural de una comunidad puede limitar en gran proporción las vías de expresión de sus miembros. Con el aumento paulatino de la cultura en los diferentes pueblos, los miembros de un grupo pueden llegar a conocer ocupaciones que solo son ejercidas en otras comunidades.

Dentro de los factores culturales generales de mayor importancia encontramos el grado de conformidad que es exigido por la sociedad en lo que concierne a la rigidez en el seguimiento tanto de los patrones particulares de conducta como en el número de estereotipos aceptables. Otro aspecto de gran importancia dentro de la situación cultural prevaleciente es la facilidad para adquirir una educación. Además existe el problema de desear obtener una educación universitaria. El hecho de que sea o no importante para cada individuo se deberá más al ambiente social propio que a las capacidades para hacer uso de dicha educación o disfrutar de ella. La posibilidad de asistir a la universidad varía según el status social de la familia así como por la profesión del padre.

En todas las sociedades, sin importar su grado de complejidad, la posición del padre influye de algún modo en la posición socioeconómica del niño, incluyendo en el concepto de posición la ocupación que ejerce. Esta influencia y sus repercusiones varían de una sociedad a otra, y de un grupo a otro dentro de una misma sociedad, así como de una familia a otra. Es común que el niño permanezca en el mismo grupo y status socioeconómico al que pertenece su padre, o en uno cercano a él. Por otra parte, si abandona su grupo las probabilidades de que lo logre serán a través de su propia ocupación o bien mediante el matrimonio con una persona perteneciente a un grupo diferente.

La elección personal es más limitada en una sociedad en la que se espera que un hijo, por lo general el primogénito, siga la misma profesión del padre, que en una sociedad en la que existe una mayor movilidad ocupacional entre las generaciones.

El sujeto nacido en un grupo socioeconómicamente bajo, no está imposibilitado para llegar a ser eminente en cualquier campo de trabajo, pero realmente lo hace menos probable. Este hecho indica las grandes oportunidades abiertas a las personas pertenecientes a las clases superiores, tanto como que los sujetos de clases sociales superiores suelen tener una inteligencia superior.

Diversos estudios han demostrado las diferencias existentes en la personalidad que están estrechamente relacionadas con la clase social. Debido a que esto se relaciona con factores ocupacionales, un tipo de relación puede aumentar la otra.

Cabe mencionar entre los factores biográficos más relevantes, el diferente grado de educación que posee cada persona. Otros factores abarcan las experiencias que se reciben en el núcleo familiar durante el crecimiento.

Roe sugiere que la mayoría de las carreras requieren un nivel de educación y adiestramiento bastante exacto y si no se poseen dichos requisitos al menos en el grado mínimo, es casi prácticamente imposible poder trabajar en dichos campos profesionales.

Las experiencias particulares pueden ser cruciales para la elección de profesión. El vislumbrar la posibilidad de descubrir cosas externas a uno mismo, de comprometerse personalmente en la investigación, ha sido un factor principal que ha impulsado a muchos hombres a dedicarse a la ciencia.

Desde un punto de vista dinámico, el que una persona tenga o no exigencias especiales respecto a su trabajo o necesite una estima especial o status depende de la cantidad de privaciones que haya sufrido durante su infancia; es decir, persigue en su trabajo satisfacciones específicas e idénticas a las que le fueron negadas en su infancia. Si uno debe encontrar en el trabajo satisfacciones que no son intrínsecas al mismo, obviamente el trabajo en sí se verá perjudicado. El trabajo puede satisfacer las necesidades presentes, pero no puede satisfacer todas las serias deficiencias sufridas en el pasado.

Hacia 1944, después de una minuciosa revisión bibliográfica referente a la elección de ocupación, Carter señala:

"..... se han realizado muchos estudios desde diferentes -

puntos de vista que mantienen la conclusión de que las ambiciones profesionales de las personas jóvenes se caracterizan por un optimismo excesivo y que los procesos de educación y ajuste profesional en el comienzo de la vida adulta comprenden una serie de adaptaciones a la realidad que hacen descender nuestros niveles de aspiración y que indudablemente traen consigo desilusiones, desalientos y males emocionales." 7

Estos aspectos explican la frustración a la que comúnmente se enfrentan los profesionistas jóvenes una vez que han iniciado su práctica profesional, ya que se percatan de que la realidad no coincide con sus expectativas.

Existen estudios que señalan la desilusión que puede aflorar durante el primer trabajo que realiza el individuo. Este tipo de frustraciones suelen decrecer cuando el trabajo por sí mismo brinda oportunidades de ascenso, o cuando surge el sentimiento de pertenecer a un status social.

No obstante existen casos en que la adaptación no resulta tan fácil, puesto que la motivación inicial ha sido la de la gratificación económica; y suele suceder que el individuo no sea lo suficientemente capaz de tomar la resolución de un posible cambio de trabajo, debido a las presiones externas que pesan sobre él. Si la situación prevalece puede repercutir en detrimento de la adaptación global del sujeto, obligándolo a elaborar fantasías que no son acordes con la realidad.

Desde el punto de vista psicológico, se debe tomar en consideración la expectativa económica del individuo por la relación existente entre el sueldo que percibe y lo que él cree — que merece ganar.

Culturalmente es común que el prestigio se equipare con el ingreso que brinda la ocupación, dado que los ingresos por sí mismos influyen de una manera trascendental en muchos aspectos de la vida (relaciones sociales, empleo del tiempo libre, etc.) Es de mayor alcance el nivel de aspiraciones o esperanzas que el nivel absoluto de ingresos.

Debemos marcar que el círculo social en que se desenvuelve una persona, incluye preferentemente las amistades que ha adquirido a través de su trabajo.

Inclusive aspectos tales como la longevidad y la salud guardan una estrecha relación con la ocupación, ya que existen condiciones de trabajo que resultan nocivas para la salud.

Super propone una teoría en la que señala los factores determinantes de la conducta ocupacional. A continuación presentamos el resumen de dicha teoría:

- " 1. Las personas difieren en sus aptitudes, intereses y personalidades.
2. Cada persona (en virtud de las características antes mencionadas) está capacitada para desempeñar varias ocupaciones.
3. Cada una de estas ocupaciones requiere un patrón característico de aptitudes, intereses y rasgos de personalidad, pero, sin embargo, poseen una tolerancia lo suficientemente amplia como para permitir una cierta variedad de ocupaciones para cada individuo y una cierta variación de individuos dentro de cada ocupación.
4. Las preferencias y aptitudes vocacionales, las situacio--

nes en las que viven y trabajan las personas y, por tanto, sus propias ideas, cambian con el tiempo y la experiencia, haciendo de la elección y adaptación un proceso continuo.

5. Este proceso puede resumirse en una serie de etapas características de la vida como las del crecimiento, exploración, establecimiento, conservación y declive, y estas etapas pueden subdividirse a su vez en :
 - a) las fases de fantasía, tanteo y realista de la etapa de exploración y,
 - b) las fases de prueba y estabilización de la etapa de establecimiento.
6. La naturaleza del patrón profesional (es decir, el nivel ocupacional logrado y la secuencia, frecuencia y duración de los trabajos de prueba y estables) está determinado por el nivel socioeconómico de los padres del individuo, capacidad mental, características de personalidad y por las oportunidades que posee.
7. La evolución a través de las etapas de la vida puede guiarse parcialmente facilitando el proceso de maduración de las aptitudes e intereses y parcialmente ayudando a desarrollar el concepto de uno mismo al estar en contacto con la realidad.
8. El proceso de la evolución vocacional consiste esencialmente en el desarrollo y realización del concepto de uno mismo: es un proceso de compromiso en el que el concepto del yo es un producto de la interacción de las aptitudes heredadas, la constitución endócrina y neural, la oportunidad de desempeñar varios papeles y la evaluación del grado de coincidencia

cia entre la realización del papel que hemos de desempeñar y la aprobación de los superiores y compañeros.

9. El proceso de compromiso entre los factores individuales y sociales, entre el concepto de uno mismo y la realidad, con sisten en el desempeño de un papel, ya se desempeñe este pa pel en la fantasía, en la entrevista de orientación o bien en las actividades de la vida real como en las clases de la escuela, clubs, trabajo a media jornada o trabajos a jornada completa.
10. Las satisfacciones en el trabajo y en la vida dependen del grado hasta el cual el individuo encuentra salidas apropiadas para sus aptitudes, intereses, rasgos de personalidad y valores; dependen de su estabilización en un tipo de trabajo, de su situación laboral y de la forma de vida en la que puede desempeñar el tipo de papel que sus experiencias durante el crecimiento y exploración le han llevado a conside rar más atractivo y adecuado." **35**

CAPITULO III.

M E T O D O L O G I A

CONSIDERACIONES GENERALES

Dentro de una investigación se observan dos tipos de estudios:

1. Estudios formulativos o exploratorios.- Son los encargados de la formulación de un problema que posibilite una investigación más precisa o el desarrollo de una hipótesis. Además -- permiten el esclarecimiento de conceptos; proveen de un censo de problemas considerados como urgentes en un determinado campo de relaciones sociales. Los estudios exploratorios poseen otras funciones: aumentan la familiaridad del investigador -- con el fenómeno investigado por medio de un estudio más consecuente y mejor estructurado, o con el marco en el que proyecta llevar a cabo tal estudio; reúnen información acerca de posibilidades prácticas para llevar a cabo investigaciones en marcos de vida actuales.
2. Estudios descriptivos.- Como su nombre lo indica, se encargan de la descripción, con mayor precisión, de las características de un determinado individuo, situación o grupo (con o sin especificación de hipótesis iniciales) acerca de la naturaleza de tales características. Determinan también la frecuencia con la que un evento ocurre o con lo que se haya asociado o relacionado con respecto a otros factores (generalmente, pero no siempre, con una hipótesis inicial específica).

Los estudios descriptivos no están limitados a un método específico de recolección de datos.

En lo que se refiere a la teoría del muestreo, existen dos conceptos fundamentales: población y muestra.

Población. Antiguamente la palabra población se refería solo a las personas; más tarde se utilizó este término para describir -- cualquier grupo voluminoso de objetos que se pudieran contar. A medida que evolucionaba la estadística matemática, iba redefiniéndose progresivamente el término para involucrar cada vez mayor diversidad de grupos de números finitos o infinitos, los cuales generalmente se referían a objetos o fenómenos reales o hipotéticos. Ahora el término se usa para referirse a cosas tan variadas como el número de escolares de determinado grupo, el registro completo de admisiones de un hospital para enfermos mentales en determinada época, etc. ²⁵

En el diccionario de términos estadísticos de Kendall y -- Buckland, población o universo está definida como "cualquier colección finita o infinita de individuos o elementos". ² Es decir, "población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie determinada de especificaciones." ³⁰

Muestra. "Cuando seleccionamos algunos de los elementos con la intención de averiguar algo sobre la población de la cual están tomados, nos referimos a ese grupo de elementos como muestra." ³⁰

Plutchik indica que una muestra es simplemente parte de una población, y cuando se ha escogido apropiadamente, sirve para describir la población general con un alto grado de precisión. ²⁵

Al procedimiento a través del cual obtenemos una o varias mues---

tras se le denomina muestreo.

Existen diversos tipos de muestreo, dentro de los cuales mencionaremos el probabilístico y el no probabilístico. "La característica esencial del muestreo de probabilidad es que puede especificarse para cada elemento de la población la probabilidad que va incluida en la muestra. En el caso más sencillo, cada uno de los elementos tiene la misma probabilidad de ser incluido, pero ésta no es una condición necesaria. Lo que sí es necesario es que para cada elemento debe haber alguna probabilidad especificable que sea incluida.

Si se utiliza el muestreo de probabilidad, se puede especificar el tamaño de la muestra (o bien los tamaños de varios componentes de muestras complejas) que precisará si se quiere tener un cierto grado de certeza de que los resultados de su muestra no difieren en más de una determinada cantidad de aquellos que habrían producido un estudio de la población total.

En el muestreo no probabilístico, no existe forma de estimar la probabilidad que cada elemento tiene de ser incluido en la muestra, y no hay tampoco seguridad de que cada elemento tenga alguna posibilidad de ser incluido. Las principales ventajas del muestreo no probabilístico son la comodidad y la economía; las comparaciones precisas de los costos relativos de los dos procedimientos por lo que se refiere al muestreo no son, sin embargo, accesibles. Es más, los costos comparativos varían según el número de estudios que se contemplen. Así, si se lleva a cabo un número de estudios de la misma población, el costo de preparación y mantenimiento de relaciones a partir de

las cuales se realiza la muestra (generalmente se trata de una escala necesaria en el muestreo de probabilidad), puede ser distribuído sobre todos ellos." 30

"Una muestra probabilística consiste en una o más (en general n) realizaciones de un experimento aleatorio. El correspondiente número n de elementos recibe el nombre de tamaño de la muestra. Es, como la población, un ente estático formado por n elementos (en este caso observados), con sus medidas y sus frecuencias. Tenemos así una distribución frecuencial muestral (la distribución en la muestra). Puede representarse por un punto de un espacio n -dimensional, el espacio muestral, una vez definido el experimento aleatorio, esto es, el procedimiento, diseño o esquema de muestreo. A este fin, debe establecerse la estructura del muestreo, mediante el "desglose" previo de la población en estratos y unidades de muestreo, y la indicación de los tamaños de la muestra o de las fracciones de muestreo en las diferentes etapas." 29

Indicaremos las formas principales de muestras no probabilísticas que son: muestras accidentales, muestras de cuota y muestras intencionadas.

Las principales formas de muestras probabilísticas son: muestras sencillas de azar, muestras estratificadas de azar, y diversos tipos de muestras en racimo.

A continuación transcribimos los artículos que sustentan la utilización de los criterios psicopatológicos del MMPI.

EL MMPI EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LAS ALTERACIONES MENTALES EN POBLACIONES UNIVERSITARIAS. 25

La necesidad de contar con técnicas psicológicas adecuadas que faciliten la detección temprana de la presencia de psicopatología en estudiantes universitarios, con el fin de ofrecer una ayuda clínica oportuna nos ha llevado, en el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, a desarrollar un método que, a través del empleo del MMPI, nos permite clasificar en 5 diferentes grados de psicopatología a un grupo de estudiantes de la Facultad de Medicina.

Este intento de clasificación en grados de psicopatología está fundamentado en un proceso previo de normalización en base a las medias y desviaciones estándar del propio grupo, ya que se encontraron marcadas diferencias en la distribución del grupo al utilizar las normas de la población americana.

El presente trabajo expone las reglas que se hicieron para distribuir a nuestra población de 1531 alumnos universitarios en 5 grados de psicopatología (en donde el grado 1 era el indicador de una psicopatología más grave y el 4 de ausencia de alteraciones importantes; el grado 5 se utilizó para los perfiles que resultaron invalidados).

Trataremos también la fundamentación teórica de estas re-

glas a través de algunas referencias de los manuales de interpretación de la prueba más utilizados, especialmente en México.

Aunque no se ha llevado a cabo un estudio estadístico sobre la validez de estas reglas, se han encontrado importantes coincidencias en la clínica al comparar los resultados de las entrevistas psiquiátricas que se hicieron a una muestra de alumnos de cada uno de los grados de psicopatología y su clasificación en dichos grados.

1. El MMPI es un excelente instrumento para detectar oportunamente a los individuos que dentro de un grupo padecen formas graves de psicopatología en comparación a los demás componentes del mismo grupo, permitiendo enfocar los esfuerzos de una institución a ofrecer ayuda clínica en forma más eficaz, y

2. Es necesario realizar un proceso de normalización estadística previo a la valoración clínica de un grupo, al utilizarse el MMPI.

El Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, tiene planeado entre sus objetivos de investigación la elaboración de métodos y técnicas que permitan la detección de estudiantes en los que la presencia de un proceso psicopatológico amenace con interferir en su rendimiento escolar.

Por otra parte, la desproporción entre el elevado número de alumnos que componen la comunidad universitaria y los limitados recursos que a nivel de ayuda especializada, tanto psiquiátrica como psicológica es posible ofrecer, plantea la necesidad imperiosa de contar con técnicas adecuadas que permitan enfocar

el mayor esfuerzo hacia los alumnos que más lo requieran. Consideramos, además, que es más importante la utilidad de las técnicas psicológicas a nivel preventivo, en el sentido de desarrollar un sistema masivo que permita detectar la presencia de estas alteraciones en sus inicios; haciendo así más oportuna y eficaz la ayuda que puede proporcionarse. En un intento por cubrir estos objetivos, hemos elegido el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, el cual hemos aplicado a varias generaciones del primer año de la Facultad de Medicina.

La elección del MMPI se hizo en base a que posee una serie de cualidades que lo distinguen entre las pruebas de su tipo. En primer lugar, es una técnica que puede administrarse en forma colectiva y que puede calificarse mediante la utilización de una computadora y que requiere de una intervención mínima de parte del personal especializado que la aplica.

El manejo que hemos hecho de la prueba es, por una parte, totalmente apegado a los lineamientos que plantea su manual, incluyendo los criterios de interpretación. Esto quiere decir -- que, durante esta fase, los fundamentos de calificación y evaluación de la personalidad están tomados de las cifras de los grupos normativos norteamericanos.

Sin embargo, para cubrir nuestro objetivo de detectar en una determinada población a los sujetos sospechosos de sufrir una alteración psicopatológica, fué necesario desarrollar otro proceso, que es motivo de la presente comunicación. Cabe decir aquí que los resultados clínicos observados, en base a la utilización de dicho proceso, son excelentes, pero que aún no conta-

mos con un estudio estadístico que nos permita cuantificar su eficacia.

1. PROCEDIMIENTO.

1.1 Bases teóricas: El MMPI es un instrumento con una fuerte base estadística que permite, a través de 13 escalas (3 de control y 10 clínicas), la posibilidad de observar la ubicación de un sujeto dentro de una curva normal. Para cada una de estas escalas se elaboró una diferente dispersión de acuerdo a las medias estadísticas y las desviaciones estándar obtenidas de una población elegida al azar. Dicha dispersión está expresada en calificaciones T. Es importante anotar que, a excepción de las escalas de control L y F cuya distribución en la curva normal es arbitraria, el resto de las escalas está totalmente apegado al proceso estadístico de la normalización.

Esta cualidad de la prueba ofrece la posibilidad de hacer nuevos procesos de normalización, adecuados a una población específica.

1.2 Material y población. Las escalas del MMPI, con las que -- hasta la fecha hemos venido trabajando, son las siguientes: L, F, K, Hs, D, Hi, Dp, Mf, Pa, Pt, Es, Ma y Si. Las poblaciones a las que lo hemos aplicado en forma masiva y esporádica han sido las generaciones del primer año de Medicina. Sin embargo, - el presente proceso de detección se desarrolló hasta 1970 y fué de esa generación de la que obtuvimos los datos de control. En total se manejaron 1531 perfiles de los cuales 1183 correspon--dían al sexo masculino y 348 al femenino. Sus edades fluctua--ban entre los 17 y 34 años, siendo la edad promedio de 19, con

una desviación estándar de 2 años.

Las aplicaciones se hicieron en forma colectiva, en grupos aproximados de 70 alumnos. En cada aplicación estaba presente un psicólogo para dar las instrucciones del instrumento y resolver dudas. El promedio de tiempo de la aplicación fué de hora y media, en ocasiones fragmentado en dos sesiones.

1.3 Metodología.

1.3.1 El primer paso a realizar consistió en la normalización estadística de acuerdo a las medias y desviaciones estándar obtenidas para nuestra población, continuando después con la conversión a calificaciones T. La distribución para las escalas L y F se hizo también en forma arbitraria, tomando como base la media estadística obtenida para el grupo. Se manejaron por separado el grupo femenino del masculino, sin tener en cuenta sus edades.

1.3.2 Método para la obtención de normas para la clasificación de perfiles en grados de psicopatología.

Se eligió un número de 8 psicólogas con un buen conocimiento y manejo del MMPI y se les hizo clasificar, de acuerdo a su experiencia en el manejo de la prueba, un total de 50 perfiles, elegidos al azar, elaborados aún con las cifras de los grupos normativos norteamericanos, con las que estaban más familiarizadas.

No se les pidió que hicieran ningún intento de interpretación de los perfiles, las únicas instrucciones que recibieron es que hicieran 5 grupos: 1. Perfiles que indicaran una alteración grave de la personalidad (sin importar de qué tipo).

2. Perfiles que indican alteraciones importantes, pero no tan graves. 3. Perfiles que indicaran inicios de alteraciones, en base a la acentuación de algunas características de la personalidad. 4. Perfiles que pudieran ser "normales". 5. Perfiles - invalidados.

El nivel de discrepancia en las clasificaciones obtenidas, aún sin cuantificarlo, fué mínimo.

En base a esto, se pensó que debería haber ciertos criterios específicos que hicieran posible tal clasificación y que el siguiente paso sería su expresión sistematizada y su fundamentación teórica. Sabíamos que una vez conseguido esto sería posible alimentar a una computadora con los datos de la normalización y las normas del criterio de la clasificación de los perfiles para conseguir, en forma casi inmediata, los nombres de los alumnos clasificados en cada uno de los diferentes grados de psicopatología, pudiendo dirigir los servicios clínicos del Departamento a los alumnos que más lo requirieran.

1.3.3 Normas para la clasificación de los perfiles y su fundamentación.

1.3.3.1 Normas de validez. Las pruebas deben llenar por lo menos uno de los siguientes requisitos:

a) Que la escala F sea igual o menor del puntaje 10 en bruto. "Una puntuación elevada en esta escala (F) afecta las otras escalas de la prueba, por lo que se ha considerado el primer paso en la interpretación (Nuñez, R., 1968)."

Se marcó a partir de 20 puntos, el límite para invalidar la prueba, ya que con frecuencia en estudiantes jóvenes a par--

tir de 20 puntos en adelante, es común encontrar francos trastornos emocionales o dificultades en la comprensión de las frases, lo cual, en ambos aspectos, implica una distorsión de la prueba.

b) Que el índice de Gough, F-K fuera igual o mayor a mas 9.

"Si la diferencia entre las dos puntuaciones es de mas 9 o más, se trata de un protocolo en el que el sujeto ha tratado de presentar un cuadro de desorden psiquiátrico; si es menos de mas 9, el protocolo se considera aceptable" (Nuñez, R., 1968).

c) Que por lo menos una de las escalas clínicas estuviera entre T 45 y T 55.

"... puntuaciones altas en la escala F no indiquen probablemente error en la puntuación, ni tampoco que el sujeto haya deliberadamente falsificado de manera adversa el protocolo, cuando se encuentra que en el perfil varias de las escalas clínicas tengan una puntuación cercana a T 50" (Nuñez, R., 1968).

1.3.3.2 Norma I (para diferenciar el grado número 1 del número 2).

a) Que cualquier escala sea superior a T 80 con excepción de la escala 5.

"Las bases fundamentales que delinean el uso de la prueba siguen el criterio que señala que cuando un grupo de personas son similares en ciertos aspectos de su conducta, es decir, en la forma de contestar una serie de preguntas acerca de ellos mismos, son también similares en otras formas y, por lo tanto, ciertas características de la personalidad individual son sugeridas por la forma en que responden cuando estas contestaciones

son comparadas con las de un grupo identificado" (Nuñez, R., -- 1968).

"Con ciertos límites, la experiencia ha indicado que mientras se encuentren elevados y más altos estos registros, lo más probable es que la persona se encuentra severamente perturbada".

(Hathaway y McKinley, 1967). "La escala 5, Mf, fué la de menos validez dentro de las escalas básicas del MMPI. Fué diseñada como ayuda en la identificación de homosexuales pero la heterogeneidad del grupo homosexual, tanto en su ontogenia como en sus patrones de respuestas, privan de una adecuada diferenciación del grupo normal. Consecuentemente, basar una hipótesis de homosexualidad en una elevación de la escala 5, es muy arriesgado (Drake y Oetting, 1959).

b) Que por lo menos 4 escalas clínicas sean superiores a T 70, exceptuando la escala 5. Aparte de las consideraciones que sirven de fundamentación al punto a, la base teórica de este aspecto es la siguiente: -

"El perfil limítrofe implica que varias de las escalas clínicas tienen valores entre T60 y T70"... "Dado que el tipo de perfil limítrofe se debe a que los sujetos responden de tal manera que parecieron indicar anomalías" (Nuñez, R., 1968). Esta indicación va unida a las hechas para el punto a, por lo que se excluyó en este caso el grupo de las escalas comprendidas alrededor del puntaje T 60, que fundamentan la norma II.

1.3.3.3 Norma II. (para diferenciar el grado número 2 del número 3).

a) Que las escalas 2, 4, 6 y 8 (por lo menos una de ellas) sea

mayor de T 70 y que la siga en combinación, cualquier otra superior a T 65, exceptuando la escala 5.

Para fundamentar esta regla es necesario volver a citar el hecho anotado para el punto b de la norma I. "Dado que el tipo de perfil limítrofe se debe a que los sujetos responden de tal manera que parecieran indicar anomalías que el sujeto parece capaz de controlar, este tipo de perfil señala áreas en que el sujeto encuentra dificultades" (Nuñez, R., 1968). En esta regla están incluidas escalas correspondientes a la llamada tétrada psicótica. Las 4 escalas son las componentes principales del perfil llamado en "sierra dentada"... "Que es una variante importante de la tétrada psicótica con las escalas 8 y 6 como puntos predominantes del perfil. En este perfil, la tríada neurótica es menos baja que la escala 4 y la escala 2 en la punta de la tríada; en esta forma, con las escalas 2, 4, 6 y 8 en prominencia, el perfil da la impresión de los dientes de una sierra". (Nuñez, R., 1968).

La escala 5 se excluye por la observación marcada con la letra a de la norma I.

b) Que las escalas 1, 2 ó 3 (por lo menos una de ellas) sea superior a T 70 y que cualquiera de las mismas la siga en combinación con elevaciones superiores a T65.

Para esta regla vuelve a ser válido el punto acerca de -- los perfiles limítrofes:

"El perfil llamado tríada neurótica es otro tipo de perfil en el que se observa una interrelación entre las escalas clínicas 1, 2 y 3 en diferentes combinaciones. El primer grupo 1-2-3 es

muy frecuente en la práctica clínica; el otro grupo, 3-2-1, es menos frecuente pero la configuración 2-1-3 y 2-3-1 es la más observada.

Otras combinaciones a las que se han referido varios autores son la 1-3-2, en la que la escala 2 tiene media desviación estándar o más, inferior a los valores de las escalas 1 y 3. Dada la forma "V", que las tres escalas forman, se le llama el perfil "V" conversivo o "V" psicossomático." (Nuñez, R., 1968).

c) Que se encuentre alguna de las siguientes combinaciones con una escala en T 70 y la otra arriba de T 65: 7-4, 7-6, 7-8, 7-2, 9-4, 9-2 y 9-0.

En estas combinaciones aparecen como principal componente las escalas 7 y 9, que son otras dos de las componentes de la tetrada psicótica. "En cierto grado las escalas 9 y 4, por ejemplo, tienden a tener cierta clase negativa con 1 y 2". (Hathaway y McKinley, 1967).

Se debe hacer notar, además, que este tipo de combinaciones, entre otras, son de las más frecuentes en los manuales de interpretación de la prueba.

d) Que alguna de las escalas clínicas sea superior a T 70 y cualquiera otra sea inferior a T 30, exceptuando la escala 5.

1.3.3.4 Norma III. (para diferenciar el grado número 3 del número 4).

a) Que las escalas 2, 4, 6, 7 u 8 sean (por lo menos una) menor o igual a T 70 y la escala que la siga, cualquiera que sea, se observe igual o menor que T 60.

Sirve de fundamento a esta regla la misma cita referente

a los perfiles limítrofes, además del hecho de que los manuales del MMPI no registran tipos de combinaciones, en las que una escala esté en punta y el resto del perfil inferior a T 70. Esto se debe a que, debido a su elevación, los perfiles indican un grado de problemas superable por la misma persona.

b) Que las escalas 3, 7, 8 o 1 (al menos 2 de ellas) sean menores o iguales a T 40 y la escala 6 sea menor o igual a T 40.

Realmente es muy poca la literatura acerca de los perfiles sumergidos; sin embargo, en el manual de Dahlstrom y Welsh las interpretaciones a estas escalas sumergidas son las más significativas e indicadores de problemas (Dahlstrom y Welsh, 1960).

c) Que la escala 5 reúna cualquiera de las siguientes condiciones: en hombres igual o menor a T 40 y en mujeres igual o menor a T 80. "El puntaje Mf es importante en la selección vocacional. En general, es conveniente el adaptar a un sujeto vocacionalmente con el trabajo apropiado para su nivel Mf" (Hathaway y McKinley, 1967).

"El adolescente que ofrece puntuación baja en esta escala es agresivo, vociferante, desafiante, poco interesado por los estudios, desaplicado, generalmente recibe calificaciones de mala conducta de parte de los maestros..." "La muchacha adolescente con puntuación alta en esta escala no es buena estudiante" .. (Nuñez, R., 1968).

1.4 Comentarios finales.

El grupo de perfiles estudiados y procesados mediante el sistema de clasificación de psicopatología, anteriormente descrito, permitió hacer las siguientes observaciones:

a) Al utilizarse las cifras de los grupos normativos de Minnesota, la distribución de perfiles en los 4 diferentes Grados de Psicopatología resultaba sumamente desproporcionada al reparto esperado para una población de sujetos que en su mayoría podían ser considerados normales. Es decir, la expectativa teórica era encontrar un mayor número de alumnos localizados en el grado 4 y un mínimo número localizados en los grados 1 y 2.

Al hacerse la normalización estadística al grupo de perfiles, estos quedaban clasificados en función de sus propias medias y desviaciones estándar, cumpliéndose el reparto esperado en los 4 grados de psicopatología.

Por otro lado, el proceso de normalización estadística -- previo al de clasificación de perfiles, reducía mucho el número de perfiles invalidados.

En función de esta discrepancia tan manifiesta, es sumamente recomendable realizar la normalización estadística del -- grupo, escala por escala antes de proceder a la clasificación y detección de sujetos con posibles alteraciones psicológicas. De otra forma, la aplicación de las mismas Normas empleadas en la clasificación de los Grados de psicopatología puede estar sujeta a un margen de error elevado.

b) Aunque, como ya se ha mencionado, no se ha realizado ningún estudio para probar cuantitativamente la validez de las reglas de clasificación de que es objeto esta comunicación, puede considerarse que su empleo es de suma importancia desde el punto de vista clínico ya que, al decidirse emplear los esfuerzos del programa de Salud Mental del Departamento de Psicología Médica

hacia los estudiantes clasificados en los grados 1 y 2, se encontró, casi en el 100% de los casos, que se trataba realmente de sujetos con una muy importante problemática en alguna de las áreas de la personalidad, y en comparación, los alumnos clasificados en los grados 3 y 4 presentaban características de un mejor pronóstico o elementos de personalidad menos alterados. Hay que hacer hincapié en que, posiblemente, el mayor porcentaje de error (no calculado hasta la fecha) puede estar localizado en el grupo de alumnos clasificados en el grado 4, ya que en muchos casos en que los estudiantes poseen un nivel intelectual elevado consiguen hacer un manejo excelente de la prueba, ofreciendo una imagen de sí mismos, alejada de lo que realmente viven.

Sin embargo, al realizarse un muestreo para citar a entrevista psiquiátrica a alumnos clasificados en los diferentes grados de psicopatología, los informes clínicos tenían un alto nivel de coincidencia con la ubicación del sujeto dentro del grupo procesado.

c) Sería conveniente realizar estudios meticulosos acerca de la validez de las Reglas que dieron lugar a las Normas clasificatorias de psicopatología, tanto a nivel clínico, como estadístico, para poder ofrecer un informe más completo al respecto.

Actualmente, este procedimiento se lleva a cabo mediante la utilización de una computadora que realiza tanto la normalización como la clasificación de perfiles, utilizando las cifras del mismo grupo y las proporcionadas para los grupos normativos de Minnesota y es parte de una cadena de programas en donde la

meta final es llegar a obtener informes automatizados con un mínimo de error.

d) Podríamos considerar que ha habido importantes fallas metodológicas, sobre todo en relación a la comprobación de la validez de las Normas propuestas, y por otra parte, consideramos que será importante investigar el fundamento clínico de las diferencias entre las medias y las desviaciones estándar de ambos grupos, ya que plantea un problema serio en lo que se refiere a la interpretación clínica de un perfil.

INVESTIGACION SOBRE LA INTERPRETACION AUTOMATIZADA DEL MMPI PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. 23

El intento de realizar un reporte automatizado de la interpretación del MMPI ha sido hecho en base a la conveniencia - de ahorro de tiempo y a la posibilidad de obtener más confiabilidad en la interpretación, ya que ésta se hace con fundamento en datos uniformes que eliminan parcialmente las deficiencias - del examinador en el manejo de la prueba y su subjetividad.

Sin embargo, por muy perfeccionada que llegue a ser la interpretación automatizada, no proporcionará las características finas de la organización psicodinámica de la personalidad, que en base al MMPI, un psicólogo clínico bien adiestrado, puede -- llegar a comunicar, por lo que el resultado de la computadora - deberá ser considerado solamente como la base de la interpretación , que le puede dar un tinte de más confiabilidad, pero que,

necesariamente, deberá ser completado.

Por otra parte, el plan para la interpretación automatizada del MMPI proporciona datos importantes para el manejo del inventario a nivel manual, ya que plantea un sistema estable a seguir y ofrece más elementos para sustentar la interpretación clínica.

El trabajo del psicólogo clínico en el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM está principalmente enfocado a la evaluación de la personalidad, para orientar el tratamiento tanto farmacológico, como psicológico, de alumnos que solicitan sus servicios. Una de las principales dificultades que se encuentran es que, en general, la problemática que presenta la población que estudiamos, no está específicamente delimitada y solo en unos cuantos casos corresponde a algún cuadro nosológico bien determinado. Es por esto que se considera necesario utilizar técnicas de evaluación que, por una parte, dado el gran número de alumnos que solicitan los servicios del Departamento, requieran poco tiempo del psicólogo para su aplicación y posean una elevada confiabilidad y validez, y por otra, puedan proporcionar datos finos acerca de la psicopatología del estudiante.

Una de las técnicas que más ha sido utilizada, por estas dos razones, es el MMPI, con el que hemos trabajado durante varios años, hasta conseguir un reporte automatizado que aún se encuentra en investigación. El presente trabajo tratará sobre el uso de estas técnicas.

PROCEDIMIENTO.

Aplicación del inventario.

Utilizamos el MMPI en su versión larga y damos para responder 4 tarjetas IBM, especialmente diseñadas, en las que el alumno contesta siguiendo las mismas instrucciones con las que se aplica el inventario. Se le pide que perfore los espacios de sus respuestas y estas tarjetas se procesan en el Centro de Servicios de Cómputo de la UNAM (Monzón, L., 1978).

Hemos encontrado que, en general, los alumnos no tienen problemas para contestar en estas formas, ya que en su mayoría, los exámenes escolares se responden en tarjetas IBM, lo que los ha familiarizado con estos estímulos.

Procesamiento de los datos.

Previa a la interpretación, la computadora ha sido alimentada con las medias y las desviaciones estándar obtenidas en 1969 para 1531 alumnos del primer año de la Facultad de Medicina (1183 hombres y 348 mujeres, con una media de 19 años de edad), para 3 escalas de control (L, F y K) y 10 escalas clínicas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, y 0).

Se programaron también los datos de las medias y las desviaciones estándar, para las mismas escalas, obtenidos con las cifras de Minnesota. El programa incluye las siguientes fases: calificación para la obtención del puntaje en bruto, corrección con el factor K para 5 escalas, conversión a puntaje T, elaboración del perfil, clasificación de los perfiles en base a los datos obtenidos para estudiantes de la Facultad de Medicina, en 4 grados de psicopatología (Pucheu, Rivera, Ampudia y col., 1971,

1976) y reporte de la interpretación.

El reporte de interpretación se hace en base a las cifras normativas de los grupos de Minnesota.

Características del reporte de interpretación.

Se tomó como modelo para el programa el realizado en la Universidad de Roma por el profesor Paolo Pancheri. Dicho programa fué obtenido para poblaciones psiquiátricas y consta de 365 frases que se imprimen en base a la elevación y combinación de las escalas en el perfil.

La primera actividad que realizamos fué la de adaptación del programa a la computadora del Centro de Servicios de Cómputo de la UNAM y la traducción del italiano al español de cada una de las 365 frases. Teniendo en cuenta la diferencia entre la población psiquiátrica estudiada en la Universidad de Roma y la población de alumnos universitarios que manejamos en la UNAM, el reporte, simplemente traducido, estaba sujeto a un margen importante de error, ya que las características de las combinaciones en los perfiles de las estudiantes de la UNAM daban lugar a la impresión de frases que se contradecían entre sí.

Es por esto que ha sido necesario modificar el programa de interpretación, a fin de conseguir uno más adecuado a los objetivos de nuestro trabajo y para las características de la población que manejamos. Actualmente tenemos un plan de investigación que consta de los siguientes pasos:

Clasificación de los perfiles en grados de psicopatología.

Este paso nos parece muy importante, porque nos permite comparar cada uno de los perfiles, dentro de la relatividad de

su propio grupo, y poder precisar así la gravedad de los elementos patológicos, descartando parcialmente la posibilidad de distorsión de los factores culturales que, de acuerdo a nuestras estadísticas, influyen fundamentalmente en las escalas 2 y 8 -- (Pucheu, Rivera, Ampudia y col., 1971).

Reconocemos la necesidad de actualizar estos datos y de obtenerlos para una población universitaria más amplia. En este sentido, contamos ya con trabajos realizados en la Facultad de Psicología de la UNAM, en donde se aplicó el MMPI a 367 alumnos que ingresaron en 1973 (199 mujeres y 168 hombres) (Casabal y Wengerman, 1974) y con un trabajo que está aún en elaboración, en el que se aplicó el inventario al 10% de estudiantes de primer y octavo semestre de Matemáticas (104 alumnos en total) (Villanueva, Stillman y Ampudia, 1977).

Elaboración de las frases para imprimir el reporte de interpretación.

Para este punto hemos tomado como fundamento, el perfil obtenido con las cifras de los grupos normativos de Minnesota, ya que es en base a éste que se ha elaborado una serie de manuales de interpretación, en general. Hemos comenzado por elaborar las frases de interpretación, para las combinaciones de las escalas de control L, F y K.

El procedimiento ha sido el siguiente:

1. Teniendo en cuenta la conversión de los puntajes en bruto a calificaciones T, se ha asignado una clave arbitraria del 0 al 4, para combinar los valores de cada escala, de la siguiente -- forma:

- 0 T 40 ó menos a T 49
- 1 T 50 a T 59
- 2 T 60 a T 69
- 3 T 70 a T 79
- 4 T 80 ó más.

2. Se obtuvieron así, las posibilidades de combinación de las 3 escalas. La posibilidad de invalidar un perfil se hizo en base a las reglas descritas por Rivera y Ampudia (1971, 1976).

3. En base a estas combinaciones, diez psicólogas, con un mínimo de 3 años de adiestramiento en la interpretación clínica del MMPI, dieron su interpretación, por separado, para cada combinación; se encontró un alto nivel de coincidencia por lo que con fundamento en estos datos, se elaboraron las frases que se imprimirán en el reporte automatizado, para cada una de las posibilidades de combinación de las escalas L, F y K.

4. Plan de reporte para las escalas clínicas.

En esta fase, se encontró el problema de tener que combinar un número mayor de variables, por lo que se hizo una lista de las posibilidades de combinación por pares, utilizando la misma clave arbitraria, asignando un valor del 0 al 4, según la elevación de las escalas en el perfil.

Se incluyeron también algunos grupos de 3, 4 y hasta 5 escalas, para algunas combinaciones frecuentemente observadas en la clínica. En base a este manejo, es posible organizar las diferentes combinaciones que presenta un perfil, ubicándolas en su nivel de elevación.

Para evitar la dificultad de tener una interpretación desintegrada, obtenida al agrupar por pares aislados las escalas del perfil, según su elevación, se alimentará a la computadora con instrucciones para relacionar la segunda escala del primer par, con la primera del segundo y así sucesivamente hasta cubrir las 10 escalas clínicas.

Conclusiones.

Consideramos que este plan para la interpretación automatizada del MMPI proporciona datos importantes para el manejo -- del inventario a nivel manual, ya que, por una parte plantea un sistema estable a seguir, y por otra, ofrecerá más elementos para basar la interpretación de tipo clínico. Reconocemos que la interpretación automatizada, por muy perfeccionada que llegue a ser, no proporcionará las características finas de la organización psicodinámica de la personalidad, que en base al MMPI, un psicólogo clínico bien adiestrado puede llegar a proporcionar, por lo que el resultado de la computadora, en este aspecto, deberá ser siempre considerado solamente como la base de la interpretación, que le puede dar un tinte de más confiabilidad, pero que, necesariamente, deberá ser completado.

En la actualidad, estamos trabajando sobre dos puntos:

- a) La validación de las frases que se imprimirán como interpretación para las combinaciones de las escalas L, F y K.
- b) La elaboración de las frases que se imprimirán para cada posibilidad de combinación de las escalas clínicas.

Las limitaciones de nuestro trabajo son principalmente -- los criterios clínicos que estamos utilizando como marco de re-

ferencia para la elaboración de las frases del reporte, ya que nuestros fundamentos para la validación son la preparación y la experiencia que cada uno de los diez psicólogos que hicieron -- las frases tienen acerca del MMPI.

Posteriormente, se hará necesario proyectar una investigación, enfocada a observar la validez concurrente entre el reporte y otras técnicas de evaluación de la personalidad.

1. TIPO DE ESTUDIO.

Dado que la investigación que nos ocupa está enfocada hacia un grupo en el que estimaremos la proporción de individuos - que en una determinada población mantienen ciertos puntos de vista, actitudes o características similares, nuestro estudio es de tipo descriptivo.

2. HIPOTESIS DE TRABAJO.

H_0 o hipótesis nula:

"Se espera que el mayor porcentaje de -- los sujetos concurren en el criterio número 4 de los criterios psicopatológicos del MMPI".

H_1 o hipótesis alternativa:

"Que el mayor porcentaje de la - muestra concorra en cualquiera de los criterios restantes."

3. INSTRUMENTOS DE MEDICION.

Como instrumentos de medición utilizamos los siguientes tests psicológicos:

- a) Test de inteligencia de Dominós, de Anstey.
- b) Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) de Hathaway y McKinley.

El Test de Dominós es un test gráfico, no verbal, de inteligencia, destinado a valorar la capacidad de una persona para conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemático a nuevos problemas. Para ello se ha elaborado una serie de diseños que, bajo la forma de conjuntos de fichas de dominós, son presentados en orden de dificultad creciente. Se supone que la capacidad del sujeto para resolver acertadamente un determinado número de problemas se haya en función directa con el factor g de la inteligencia (según teoría bi-factorial de la inteligencia de Spearman).

El test de Dominós es considerado como uno de los mejores instrumentos para la medida del factor g .

Con el test de Dominós puede valorarse la capacidad de una persona para:

- a) Percibir exactamente el número de puntos de cada conjunto de fichas;
- b) Descubrir el principio de organización del conjunto; y
- c) Resolver, mediante la aplicación de dichos principios la cantidad de puntos que ha de colocar en cada una de las mitades de la ficha de dominó en blanco, para completar el diseño.

Antecedentes.

La primera versión del test de Dominós fué elaborada por Anstey en 1944, para uso del ejército británico, primero como test paralelo de las matrices progresivas de Raven y luego como prueba sustitutiva de ésta.

Utilización.

El test de Dominós es aplicable a sujetos de 12 años en adelante, aunque puede administrarse individualmente a partir de

los 10 años. Nuestra experiencia en su empleo indica que la --
versión actual resulta prácticamente inaplicable a sujetos meno
res de esta edad. El test se presta especialmente para el exa-
men de la inteligencia en adolescentes y adultos, cuando se de-
sea obtener rápidamente una estimación de la capacidad intelec-
tual de grupos estudiantiles numerosos con un margen suficiente
de confiabilidad. Se considera la inteligencia en forma global.

También puede administrarse individualmente a enfermos --
mentales, y en este caso la interpretación de los resultados de
be hacerse con un criterio más cualitativo que cuantitativo, a-
tendiendo especialmente a la índole de los aciertos y errores -
cometidos por el sujeto.

Material.

El test de Dominós está integrado por 48 problemas pictó-
ricos, impresos en cuaderno, a razón de 6 diseños por página.
Los cuadernos contienen además una página preliminar, destinada
a explicar la tarea a realizar por el sujeto, mediante 4 ejem--
plos: los dos primeros son problemas ya resueltos, y los dos --
restantes, problemas a resolver bajo la supervisión del examina
dor. Cada diseño contiene una ficha de dominós en blanco para
que el examinado señale la cantidad de puntos que corresponde a
la solución.

En la parte superior de la página preliminar figuran im--
presas las instrucciones para el examinado; a continuación de -
éstas aparecen los dos primeros ejemplos; luego, una nueva indi
cación, y finalmente, los dos ejemplos que ha de resolver el su
jeto por sí mismo.

Los cuadernos tienen 8 páginas de problemas, en cada una de las cuales se introduce un nuevo principio de organización - de los conjuntos de fichas; los 48 ítems que integran el test - están dispuestos en orden de dificultad creciente, aunque no exactamente, puesto que el primer ítem de un nuevo principio puede ser algo más fácil que el último del precedente.

Sin embargo, dentro de cada página se cumple este principio de ordenación por dificultad.

Para la administración del Dominós no se necesita otro material que el cuaderno de prueba y el protocolo de prueba.

Administración.

No es necesario preparar especialmente a los sujetos para la tarea del test. Bastará con que se cumplan las condiciones generales de una buena motivación comunes a la administración de toda técnica de exploración psicológica.

Tiempo de ejecución.

El test de Dominós pertenece a la clase de los llamados tests de poder, es decir, tests que pretenden medir puramente - la habilidad de los sujetos, por contraposición a los tests de velocidad que se basan en la velocidad de trabajo. Al definirlo como un test primordialmente de habilidad mental, dice Anstey - que los sujetos menos inteligentes no resolverán los problemas más difíciles, por más tiempo que les permitan dedicarles. Sin

embargo, agrega que la imposición de un límite razonable (normalmente 30 minutos) facilita la administración del test.

En materia de tiempo de ejecución, no conviene ser excesivamente riguroso; al respecto, la experiencia indica que cuando se trabaja con adultos y con adolescentes, que por lo general tienen muy desarrollado el sentido de la autocrítica, la concesión de unos minutos adicionales permite que una mayoría del grupo examinado culmine su trabajo. Una de las características de los test de poder es la de que todos los sujetos tienen la oportunidad de intentar la resolución de todos los problemas.

Clasificación de los resultados.

A los efectos de la valoración, se adjudica un punto por cada respuesta totalmente correcta, entendiéndose por tal aquella en la que se han dado las cifras exactas para cada mitad de la ficha en blanco, y en la posición correcta.

Las inversiones de posición se consideran soluciones erróneas. También se consideran erróneas las respuestas que omiten el cero y simplemente dejan en blanco una mitad de la ficha del protocolo de prueba.

A los efectos de facilitar y abreviar el tiempo de corrección, puede disponerse de plantillas perforadas, o claves matrices, que se colocan sobre cada hoja del cuadernillo y permiten ver los resultados a través de ventanillas.

Valoración de los puntajes.

El puntaje bruto a que se arriba al final del proceso de cómputo no constituye, sin embargo, un dato suficiente para la calificación, ya que un mismo puntaje tiene distinta signifi-

ción a distintas edades. Es necesario pues, utilizar una escala que permita una rápida ubicación del sujeto dentro del grupo de edad a que pertenece.

Para esto, se han elaborado escalas de percentiles de 15 grados, para los diversos niveles de edad examinados, a saber: 12-13; 14-15; 16-17; y 18 y más años. Por razones de carácter práctico, se han reunido las edades vecinas, y se han agrupado como adultos los sujetos de 18 y más años.

Se han tomado 15 percentiles como base: 1; 5; 10; 20; 25; 30; 40; 50; 60; 70; 75; 80; 90; 95; 99.

Esta escala permite la clasificación de los sujetos según distintos criterios, ya sea dividiéndola en cuartiles, quintiles o deciles.

Se pueden establecer rangos o grados de habilidad: Muy superior, Superior, Término medio y Deficiente. Confiabilidad.

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad se emplearon las fórmulas propuestas por Kuder y Richardson, que resultan particularmente útiles para el caso de tests como el de Dominós, que miden un solo factor de la inteligencia y son por tanto homogéneos. Algunos autores hacen notar que las fórmulas proporcionan subestimaciones del coeficiente cuando, como en el presente caso, los ítems del test no presentan un índice de dificultad constante. Sin embargo, existe evidencia experimental acerca de la constancia del valor del coeficiente, aún dentro de márgenes de dificultad muy amplios.

La magnitud del coeficiente de confiabilidad varía, como

es natural, con la integración del grupo examinado, hallándose en razón directa de la heterogeneidad de éste, de modo que a mayor homogeneidad corresponden menores coeficientes.

Se ha encontrado que en el test de Dominós el coeficiente de confiabilidad tiende a crecer con la edad.

Validez.

Se ha adoptado como criterio para la validación del Dominós el test de Matrices progresivas de Raven. Dado que el análisis factorial de ambos los caracteriza como tests con fuerte saturación en g y relativamente incontaminados por otros factores, es lícito suponer que el coeficiente de correlación entre los dos tests constituye una medida de la validez del Dominós.¹

2. INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA

(MMPI) de Hathaway y McKinley.

"En 1939 en la Clínica de Minnesota, se condujo una investigación que llevó al desarrollo del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, más conocido como MMPI. Sus autores, Hathaway y McKinley, nunca sospecharon el alcance que tendría este trabajo, ya que en 1960, al salir la publicación de "MMPI Handbook" los informes de investigaciones ya realizadas se contaban por miles y la calificación de las preguntas originales habían permitido la elaboración de más de 200 escalas. Actualmente, los artículos, investigaciones y literatura correspondiente, se han multiplicado enormemente."²⁴

"Los cuestionarios, de valor incalculable, han permitido llevar a cabo dos actividades trascendentales, a saber:

- a) constituyen una fuente informativa para la investigación;
- b) permiten la comunicación entre los clínicos de todo el mundo, ya que, el medio adecuado lo constituyen las escalas.

La validación de las escalas a través de la traducción de del total de las frases que integran el test, representan un gran obstáculo ya que en cada región geográfica de un país en particular, a cada frase se le da una cierta connotación y el problema crece al considerar las diferencias existentes en los países de latinoamérica y de habla española.

Este instrumento, de fácil aplicación y simple calificación, es fuente generadora de investigación por lo variado de sus escalas y la complejidad de expresiones numéricas encontradas - a partir de las escalas-, en los perfiles construidos en base a las calificaciones estándar de las mismas.

Volviendo un poco a la historia del desarrollo del MMPI, debemos asentar que la editorial de la Universidad de Minnesota, publicó en 1943 el material del inventario y su primer manual. En 1945, alentados en que la difusión de dicho test debería ser auspiciada por una asociación de profesionales de la Psicología, se crea la Corporación Psicológica Norteamericana que se constituye en la editorial oficial, y finalmente, en 1946 se incluyen dos escalas más -que nos dan el cuestionario tal y como se conoce en la actualidad- ya que la elaboración de un manual adicional incluye la escala K y un inventario en forma de folleto; -- también se agrega la escala de Drake sobre introversión y extroversión social.

En 1951, los doctores Hathaway y McKinley publican el manual de su test incluyendo 49 referencias bibliográficas, y más

tarde, Dahlstrom y Welsh publican en 1960 su "MMPI Handbook", con 1200 referencias incluyendo aquellas de investigaciones -- realizadas en Estados Unidos y otros países.

Este instrumento ha sido traducido a 16 idiomas, y su utilización va desde la diferenciación objetiva entre personas mentalmente sanas, enfermas o con tendencias más o menos patológicas, hasta la selección de personal en el ejército, la industria, las instituciones educativas, etc.

La elaboración del test surgió de la necesidad de contar con un método objetivo de evaluar la personalidad desde sus diferentes fases, para lo cual tomaron en consideración el nivel educativo, regional y cultural de los sujetos a quienes se aplicaba con el fin de evitar confusiones.

En esta primera presentación, la meta fijada consistía en valorar la mayor cantidad posible de tipos de personalidad, así como la obtención de un más alto índice de validez que el ofrecido por los inventarios utilizados previamente desde hacía 25 años.

Las frases utilizadas para cada una de las escalas tienen su fundamento en las preguntas formuladas a los pacientes para la elaboración de su historia clínica. Originalmente se obtuvo una relación de 1200 frases, las cuales se fueron reduciendo hasta constituir quinientas cuatro. Los reactivos se presentaban en una tarjeta de 19.0 x 8.5 cm formuladas en oraciones enunciadas en primera persona del singular, la mayoría de ellas en forma afirmativa, aunque también había otras en negativo; el sujeto debía poner sus tarjetas en una caja detrás de unas tarjetas que decían respectivamente "cierto", "falso" y "no puedo

decir".

Actualmente existen dos formas del inventario MMPI en español, la primera con 566 frases y su correspondiente hoja de respuestas, cuya adaptación para la América latina fué hecha -- por el Dr. Nuñez. La segunda es una forma preparada más recientemente, compuesta por 399 frases con una hoja especial de respuestas; ésta forma abreviada se obtuvo haciendo una selección de las frases en la cual se mantiene la validez y confiabilidad del instrumento; ya que las frases siguen siendo las mismas que utiliza la forma original. Esta forma fué editada y publicada por "The Psychological Corporation".

Los reactivos agrupan una gran variedad de aspectos, a través de los cuales se obtiene información acerca de la conducta exterior; sentimientos que se pueden observar a partir del exterior, actitudes de tipo social, y otros referentes a síntomas de morbosidad, así como algunos más que parecen no inclinarse ni al lado de favorabilidad, ni al opuesto."²³

"Las 566 frases, no obstante cubrir tan variados temas están clasificadas en 26 clases a saber:

1. Salud en general	9 frases.
2. Neurología general	19 frases.
3. Nervios craneales	11 frases.
4. Acción y coordinación	6 frases.
5. Sensibilidad	5 frases.
6. Vasomotor, alimenticio, lenguaje y secretorio	10 frases.
7. Sistema cardiorrespiratorio	5 frases.
8. Sistema genitourinario	5 frases.

9. Sistema gastrointestinal	11 frases.
10. Familia y matrimonio	26 frases.
11. Hábitos	19 frases.
12. Ocupaciones	18 frases.
13. Educativas	12 frases.
14. Actitudes sexuales	16 frases.
15. Actitudes religiosas	19 frases.
16. Actitudes políticas: ley y orden	46 frases.
17. Actitudes sociales	72 frases.
18. Afecto, depresivo	32 frases.
19. Afecto, maníaco	24 frases.
20. Estados obsesivos y compulsivos	15 frases.
21. Ideas de referencia, alucinaciones, ilusiones, ideas falsas	31 frases.
22. Fobias	29 frases.
23. Tendencias sádicas y masoquistas	7 frases.
24. Moralidad	33 frases.
25. Temas principalmente relacionados con -- masculinidad y femineidad	55 frases.
26. Temas para indicar si el sujeto está tratando de colocarse en un nivel poco aceptable	15 frases.
TOTAL	550 frases.

Podría pensarse que existe un error, puesto que el cuestionario contiene 566 preguntas, mas hemos de tener presente - que hay algunas que se repiten, para la obtención de validez.

La mecánica que se sigue al aplicar el test es muy sim--

ple, y por lo que toca al sujeto, se le debe proporcionar el -- inventario, una hoja de respuestas y lápiz con el que ha de mar car sus respuestas a las preguntas del inventario, rellenando - el espacio "C", si en su caso particular la proposición es cier ta o mayormente cierta, y en "F" si es falsa o mayormente falsa.

El instrumento se integra por 4 escalas de validez, 9 escalas clínicas y 1 escala adicional de introversión social, dis puestas como sigue:

I. ESCALAS DE VALIDEZ.

(?) Frases omitidas.

L o puntaje "mentira".

F o puntaje de validez.

K o puntaje de corrección.

II. ESCALAS CLINICAS.

1. Hipocondriasis.

2. Depresión.

3. Histeria.

4. Desviación psicopática.

5. Intereses.

6. Paranoia.

7. Psicastenia o reacciones fóbicas y obsesivo-compulsivas.

8. Esquizofrenia.

9. Hipomanía.

III. ESCALA ADICIONAL.

0 Introversión-extroversión social.



A continuación se hace una breve referencia de las mismas:
I. ESCALAS DE VALIDEZ.

(?) Frases omitidas. En esta escala nos interesa saber -- cuántas frases dejó de responder el sujeto; si el número de fra -- ses omitidas es alto (más de 30), el test queda invalidado.

Escala L o puntaje mentira. Contiene 15 ítems. Esta esca -- la tiene como finalidad proveer al investigador de un "índice - de sinceridad" o franqueza del sujeto, ante la situación de --- prueba. Para algunos autores es un índice de manipulación, es decir, si un sujeto X obtiene un alto puntaje en dicha escala, se trata de una persona manipuladora del medio ambiente y de -- los demás.

Escala F, puntaje de validez. Se integra por 64 pregun-- tas. No es una escala de personalidad; su utilidad consiste -- en la evaluación de la validez total del protocolo.

Una alta puntuación en esta escala va a afectar a las o-- tras escalas del instrumento, pues todo el protocolo del test - se interrelaciona enormemente a la escala en cuestión, en cam-- bio, una baja puntuación es un confiable índice acerca de las - respuestas del sujeto.

Escala K, puntaje de corrección. Consta de 30 frases y o -- pera sobre las escalas clínicas Hs, Dp, Pt, Es y Ma, así como - un índice acerca de algunas características de personalidad. Es -- te puntaje actúa como variable supresora, a fin de incrementar el poder de discriminación entre las escalas ya señaladas; su - significación no estadística nos lleva a pensar que se obtiene una medida acerca de la actitud que el sujeto forma ante la si -- tuación de prueba, así como su relación con las actitudes de --

las escalas anteriores -L y F-, aunque se trata de algo más sutil y que se refiere, probablemente, a un grupo un tanto diferente de factores distorsionantes." 29

II. ESCALAS CLINICAS.

Según Hathaway y McKinley, las escalas clínicas del MMPI fueron derivadas por lo menos en parte de la terminología Kraepeliana, según las modificaciones y aplicaciones que tienen en la práctica psiquiátrica de los E.U.A. Estas escalas no suponen la medición de rasgos clínicos puros ni representan entidades etiológicas ni de pronóstico. El perfil del MMPI obtenido para cada persona debe ser evaluado subjetivamente por el experto en términos de la importancia de los síntomas, de la dinámica del sujeto, del pronóstico y del ambiente cultural específico en el que se mueve. 15

1. Hipocondriasis (Hs).

Contiene 33 reactivos. Esta escala mide el interés desusual y exagerado que el individuo tiene con respecto a las funciones corporales y a la salud; éstos sujetos se quejan de dolores y malestares que no tienen base orgánica; en presencia de enfermedades reales, con base orgánica, no se altera ya que diferencia entre personas enfermas y sujetos hipocondriacos.

2. Depresión (D).

Consta de 60 reactivos. Es la escala del "estado de ánimo", a través de la cual se detectan los estados emocionales momentáneos y transitorios. El cuadro depresivo se integra por baja moral, inseguridad, pesimismo, tristeza y desesperanza; la escala varía en función directa con el estado anímico del sujeto.

3. Histeria (Hi).

Esta escala, como la anterior, se compone de 60 frases; - con el fin de identificar a los pacientes que presenten histeria de conversión. Podemos decir que en esta escala se encuentran dos componentes: uno relacionado con las molestias somáticas y asociado muy de cerca con la escala 1 (Hs); el segundo aspecto nos puede decir que el sujeto es capaz de controlar su -- neurosis mostrando un cuadro adecuado sin depresión.

Psicológicamente los casos de histeria son los más inmaduros en relación con cualquier otro grupo; la escala mide la tendencia a la inestabilidad y los trastornos psicogénicos, ataques espasmódicos, parálisis, anestias y otras afecciones que han intervenido en experiencias reprimidas y disociadas. Evalúa los factores de sociabilidad dependiente, necesidad de afecto y reconocimiento.

4. Desviación psicopática (Dp).

Está constituida por 50 reactivos. Mide el grado de semejanza que hay entre un sujeto y un grupo de individuos cuya dificultad principal consiste en ausencia de respuesta emocional profunda; incapacidad de obtener beneficios a través de sus experiencias; desinterés y desafío, por las normas sociales y morales, ya que sus principales disgresiones a dichas normas son -- mentir, robar, perversiones sexuales, adicción a drogas o al alcohol.

Dinámicamente podemos hablar de los pacientes psiquiátricos como personas con relaciones interpersonales insatisfactorias, que se enojan con facilidad, generalmente actúan impulsivamente. Por lo regular son sujetos inteligentes que parecen -

ser agradables, pero tienden a burlarse y ser deshonestos con los demás. Algunas personas profesionalmente activas pueden al canzar una puntuación alta, pero sus crisis (si tienen algunas) son pasadas por alto por los demás o simuladas con éxito.

5. Intereses (Mf).

En esta escala encontramos 60 reactivos. Aquí se valoran todas las tendencias hacia los patrones de intereses masculinos o femeninos; los puntajes T se ofrecen por separado para los se xos. Las frases para esta escala fueron, originalmente, seleccionadas mediante la comparación hecha entre hombres masculinos y afeminados, así como entre los sexos.

El puntaje Mf es muy importante para la decisión vocacional, ya que resulta conveniente orientar vocacionalmente al sujeto con el trabajo más apropiado para su nivel Mf.

6. Paranoia (Pa).

Se encuentra compuesta por 40 frases que originalmente se elaboraron con el fin de descubrir el pensamiento o las ideas - paranoides, o bien contrastar personas normales con aquellas -- que presentan delirios de persecución, sospecha, hipersensibili dad; con erotismo expansivo o sin él, rigidez, adherencia in--- flexible a ideas y actitudes, ideas de grandeza y autopercepcio nes.

7. Psicastenia (Pt).

Esta escala está integrada por 48 frases. El término psi castenia introducido por Janet actualmente en desuso, es sustituido por el de características de tipo obsesivo-compulsivo, acompañadas de reacciones fóbicas.

Aquí se mide la tensión y la angustia cuando alcanza nive

les excesivos, y las personas que alcanzan puntajes elevados en esta escala, generalmente perciben al mundo como algo amenazador, angustiante y hostil; sufren de constantes sentimientos - culpa.

Las escalas siete (Pt) y ocho (Es) correlacionan positivamente entre sí, cosa que no sucede con respecto a las demás - escalas clínicas; esto es fácilmente comprensible, ya que la de presión acompaña a los puntajes anormalmente altos, y el patrón básico de la personalidad de tipo obsesivo-compulsivo es, relativamente, difícil de modificar; aunque puede alcanzar una adecuada adaptación mediante la comprensión de los propios problemas y el alivio de la tensión en general.

Es pertinente señalar que las escalas siete y ocho correlacionan negativamente con la escala K, lo que nos sugiere la - presencia de actitudes de tipo derrotista y defensiva en esos - casos.

8. Esquizofrenia (Es) .

Contiene 78 frases y es la más numerosa de todas las es - calas clínicas. Mide la semejanza en las respuestas que presen ta una persona con las de aquellos pacientes caracterizados por pen samientos y/o conductas inusitadas y extrañas. Hay tal sepa ración entre la vida subjetiva y la realidad en el sujeto esqui zofrénico, que el observador no puede seguir, racionalmente, -- las variaciones de modo o de conducta.

Los autores, teniendo en cuenta las opiniones psiquiátri - cas que aseveran que la esquizofrenia no es una entidad clínica sino un grupo de condiciones heterogeneas, dedicaron mayor --- tiempo e investigación a la estructuración de esta escala que-

a ninguna otra; al introducir la escala K, se encontró una notable mejoría operante en la escala en cuestión, aún cuando la detección de la perturbación no haya pasado del 60 % de los casos diagnosticados como esquizofrenia, sin identificar algunos de sus tipos.

Se ha encontrado al interpretar casos normales que la correlación entre las escalas Es y Pt es de 0.84.

No hay que perder de vista que para un diagnóstico de esquizofrenia, hay que tomar en consideración los rasgos más importantes, como son: su incongruencia de afecto, el fraccionamiento del curso del pensamiento así como lo extraño de su contenido; además de que un esquizofrénico no tiene interés respecto del medio ambiente y generalmente da la impresión de encerrarse en sí mismo y mantenerse fuera de todo contacto con el mundo.

9. Hipomanía (Ma) .

Consta de 46 frases. La dificultad esencial al desarrollar esta escala fué la de diferenciar clínicamente pacientes-hipomaniacos de personas normales ambiciosas, vigorosas y con grandes planes.

La escala mide el factor de personalidad característico de sujetos con marcada productividad en pensamiento y acción. La palabra hipomanía alude a un estado menor de manía, ya que el verdadero paciente maniaco es el prototipo del demente; a los ojos del lego el hipomaniaco parece estar levemente fuera de lo normal.

El cuadro maniaco se divide en tres categorías:

a). Hipomanía: grado de manía relativo, sujetos ambulatorios, energéticos, deseosos de realizar muchas actividades.

b) Manía aguda: el paciente se manifiesta exaltado, con lenguaje y pensamientos acelerados, elación, excitación motora, etc.

c) Manía Delirante: se caracteriza por la excitación furiosa; el paciente ríe y grita constantemente; su lenguaje es tan rápido que no se le comprende; rompe sus ropas y azota muebles y objetos; puede vivir alucinaciones.

El paciente hipomaniáco se mete en dificultades al tratar de realizar muchas cosas. Es activo y entusiasta; contrariamente a lo que de él se ha pensado, a veces se llega a deprimir. En esta escala se identifica claramente al 60 % de los casos diagnosticados, así como las actuales formas de excitación-tales como euforia y bienestar inmotivado, fuga de ideas y espíritu emprendedor.

III. ESCALA ADICIONAL.

El concepto básico del inventario radica en el hecho de que a partir de las 550 frases que lo componen, existen grupos de éstas con las que se pueden crear escalas adicionales. El factor K se desarrolló de esta manera y, otras escalas desarrolladas - o en vías de desarrollo -, van encaminadas a la solución de requisitos especiales, y pueden ser aplicadas a protocolos que han sido conservados previa aplicación del inventario - en su totalidad, y su valor es incalculable ya que de inmediato proporciona información, sin tener que esperar a la acumulación de nuevos datos para el caso. La siguiente escala ha sido elaborada de acuerdo al procedimiento arriba indicado:

0 Introversión-Extroversión (Si).

Esta escala compuesta por 70 frases, podemos decir que es

comúnmente conocida; ya que forma parte del protocolo que normalmente se utiliza, y nos sirve para evaluar la manera como un sujeto en particular responde ante las situaciones sociales, y cómo reacciona con la gente.

La representación del perfil se hace numéricamente; ya -- que las escalas clínicas van precedidas de un dígito - que cae dentro de la serie de números naturales y que va del uno al cero -, lo cual nos lleva a una amplia gama de combinaciones de - estos números y esto en el plano de la realidad nos indica que no encontraremos una exacta duplicación de perfiles.

Administración del Test.

Se proporciona a los sujetos el cuadernillo de frases del MMPI con una hoja de respuesta en la cual anotará con lápiz si la respuesta es cierta o falsa, además de consignar en ésta sus datos personales. Se procederá a leer las instrucciones que aparecen en la carátula del cuadernillo. El examinador debe cerciarse de que los sujetos las han comprendido bien, y si no - es así será necesario explicar detenidamente la prueba a aquellas personas que muestren dificultad en comprender la consigna.

El test se responde en un tiempo promedio de 90 minutos.- El examinador debe tratar de obtener que los sujetos contesten la mayor parte de las frases y que dejen de contestar un mínimo.

Calificación del Test.

Una vez que se tiene la hoja de respuestas contestada adecuadamente se puede calificar el protocolo obtenido. Se comenzará por marcar las respuestas no contestadas y aquellas en que las mismas frases han sido contestadas cierta y falsa a la vez, lo cual elimina esas frases, con su respectiva anotación.

Se procede a la calificación de las escalas de validez -- así como de las clínicas a través de las plantillas elaboradas para este fin. El puntaje obtenido son calificaciones en bruto y el puntaje K y sus fracciones, servirán para la corrección de las escalas 1, 4, 7, 8 y 9. El siguiente paso será la graficación de los datos obtenidos, con lo que se obtendrá el perfil.

Una vez que se tienen las puntuaciones antes mencionadas, se convierten éstas en puntuaciones T. Las puntuaciones T en las que se traza el perfil se basan en puntuaciones equivalentes a las puntuaciones bruto para cada escala.

En la práctica clínica se reconoce que el perfil en sí no debe utilizarse de acuerdo con la elevación aislada de la escala que se destaca sobre todas las otras escalas, sino mas bien de acuerdo con la integración total de todas las escalas que integran la prueba, incluyendo las escalas de validez y número de oraciones no contestadas por el sujeto. En este sentido existe una variada forma de combinaciones y, aunque a veces la combinación de esas escalas se reconoce semejante a otra combinación, en realidad no existen duplicaciones exactas de dichas combinaciones. Es por esto que ha sido necesario establecer un sistema representativo del perfil por medio de una cifra o expresión numérica que facilite la reducción de la gran cantidad de perfiles diferentes a un tamaño práctico y manejable para fines de referencia e investigación.

Esta expresión numérica se ha llamado clave del perfil.

4. CONTROL DE VARIABLES.

Las variables controladas fueron:

a) Edad.

Encontramos que la edad de los sujetos fluctúa entre los 24 y 38 años, siendo la edad promedio de 27 años.

b) Sexo.

Se separaron por sexo las hojas de respuesta de cada sujeto, para ambos tests. Uno de los tests provee de perfiles para cada sexo.

Así, de la muestra total de 221 sujetos, el 24.43% fué constituido por mujeres y el 75.57% por hombres.

c) Escolaridad.

Los sujetos cubrieron el mínimo de estudios académicos que -- les otorgó el título de Médicos Cirujanos, y de aceptación e ingreso a la residencia de Pediatría.

5. MUESTRA.

El presente estudio se llevó a cabo en el Departamento de Salud Mental del Hospital del Niño perteneciente al DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia).

La población estuvo constituida por todos los médicos aspirantes a cursar la residencia de Pediatría a partir de 1974 a -- 1979, cubriendo un número aproximado de 200 candidatos por año, lo que nos da como población total un número de 1000 sujetos.

Dado que el criterio que determinó la selección de sujetos para la muestra estuvo establecido por la aceptación consecuente al cubrir los requisitos de admisión impuestos por la Institución (examen de conocimientos y tests psicológicos), el tamaño de la muestra es de 221 sujetos, de los cuales 24.43% lo constituyen mujeres y 75.57% lo constituyen hombres.

6. TRATAMIENTO ESTADISTICO.

Test de Dominés.

- A. Se obtuvieron los puntajes del test de cada sujeto de la muestra y se separaron por rangos.
- B. Se hizo la clasificación por sexos.
- C. Tomando por separado cada sexo, se obtuvo el porcentaje por rangos.
- D. De acuerdo a la muestra total, también obtuvimos el porcentaje de sujetos que incurrieran en cada rango.

MMPI.

- A. El primer paso consistió en la separación de perfiles por sexo.
- B. Se procedió a efectuar la estandarización de la muestra, trabajando los puntajes brutos de cada escala para cada sujeto - mediante las siguientes fórmulas:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} \quad \text{Media.}$$

donde X representa el puntaje bruto, \sum la sumatoria y N el número de calificaciones.

$$S = \sqrt{\frac{\sum x^2}{N-1}} \quad \text{Desviación estándar.}$$

donde S es la desviación estándar igual a la raíz cuadrada de la sumatoria de cada calificación al cuadrado dividida entre el número de casos menos uno.

- C. Se calculó la calificación Z mediante la fórmula:

$$Z = \frac{\bar{X} - X_1}{\sigma} \quad \text{Calificación Z.}$$

donde \bar{X} corresponde a la media de cada escala, X_1 el puntaje bruto de cada escala de cada sujeto y, σ es la desviación es

tándar.

Una vez obtenido lo anterior, procedimos a aplicar la fórmula de Hathaway que citamos a continuación:

$$T = 50 + \frac{10(\bar{X} - X_1)}{\sigma}$$

que equivale igualmente a:

$$T = 50 + 10Z$$

Así obtuvimos los nuevos puntajes T para cada escala de cada sujeto. (Ver tabla de puntajes estandarizados).

- D. Se procedió a la elaboración de perfiles para cada sexo con las nuevas escalas cuyos valores correspondían al puntaje T.
- E. Se trazaron los perfiles de la muestra con los puntajes estandarizados.
- F. Se hizo la separación de los perfiles por sexos y posteriormente se clasificaron de acuerdo a los criterios psicopatológicos.
- G. Obtuvimos las medias de cada escala de cada criterio para la elaboración del perfil total de cada criterio tanto femenino como masculino.
- H. Procedimos a obtener las correlaciones entre los criterios del mismo sexo con sus diferentes combinaciones.
- Para sacar el coeficiente de correlación se utilizó el procedimiento de mínimos cuadrados para ver cómo se ajustaban --- nuestras series de datos para determinar: 1o. la ecuación -- del fenómeno y ver su comportamiento, es decir, lineal, exponencial, logarítmico, etc. y, 2o. para ver su grado de correlación.

NOTA.

Siguiendo los pasos de la metodología que acabamos de mencionar, exceptuando la estandarización y la correlación final -- entre los criterios, presentaremos dentro de los resultados como aportación adicional una comparación de los datos estadísticos -- finales para la muestra estandarizada y sin estandarizar.

Los libros consultados para el tratamiento estadístico abarcan de la cita bibliográfica: 8, 31, 32, 42, a 43.

CAPITULO IV.

R E S U L T A D O S .

TEST DE DOMINOS.

C.I.

Clave: S..... Superior

STM..... Superior a término medio

TM..... Término medio

ITM..... Inferior a término medio.

El número total de sujetos de la muestra fué de 221, de los cuales 167 (75.57%) son hombres y 54 (24.43%) son mujeres.

MASCULINO	FEMENINO
S - 15	S - 3
STM - 55	STM - 13
TM - 59	TM - 20
ITM - 38	ITM - 18
TOTAL: <u>167</u>	TOTAL: <u>54</u>

MASCULINO	FEMENINO
167 sujetos = 100%	54 sujetos = 100%
S - 8.98 %	S - 5.56 %
STM - 32.93 %	STM - 24.07 %
TM - 35.33 %	TM - 37.04 %
ITM - 22.75 %	ITM - 33.33 %
TOTAL: <u>99.99 %</u>	TOTAL: <u>100.00 %</u>

MUESTRA TOTAL.

RANGOS	SUJETOS	PORCENTAJES
S	18	8.14 %
STM	68	30.77 %
TM	79	35.75 %
ITM	56	25.34 %
	<u>TOTAL 221</u>	<u>TOTAL 100.00 %</u>

MUESTRA TOTAL POR SEXOS.

221 sujetos = 100 %

	MASCULINO		FEMENINO
S -	6.79 %	S -	1.36 %
STM -	24.89 %	STM -	5.88 %
TM -	26.70 %	TM -	9.05 %
ITM -	17.19 %	ITM -	8.14 %
TOTAL	<u>75.57 %</u>	TOTAL	<u>24.43 %</u>

PORCENTAJES DE AMBOS SEXOS POR RANGOS

TM	-	35.33 %
STM	-	32.93 %
ITM	-	22.75 %
S	-	<u>8.98 %</u>
TOTAL		99.99 %

Para el sexo femenino, representado de igual forma, los rangos se presentaron:

TM	-	37.04 %
ITM	-	33.33 %
STM	-	24.07 %
S	-	<u>5.56 %</u>
TOTAL		100.00%

Tomando en cuenta la muestra total:

TM	-	35.75 %
STM	-	30.77 %
ITM	-	25.34 %
S	-	<u>8.14 %</u>
TOTAL		100.00%

Considerando el 100% para cada sexo, si sumamos el porcentaje de los sujetos que rebasan el rango de Término Medio (o sea S y STM) observaremos que:

Hombres	-	41.91 %
Mujeres	-	29.63 %

Tomando el 100% para la muestra total: 38.91 %

TEST DE DOMINOS.

PORCENTAJES

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

S


STM

TM

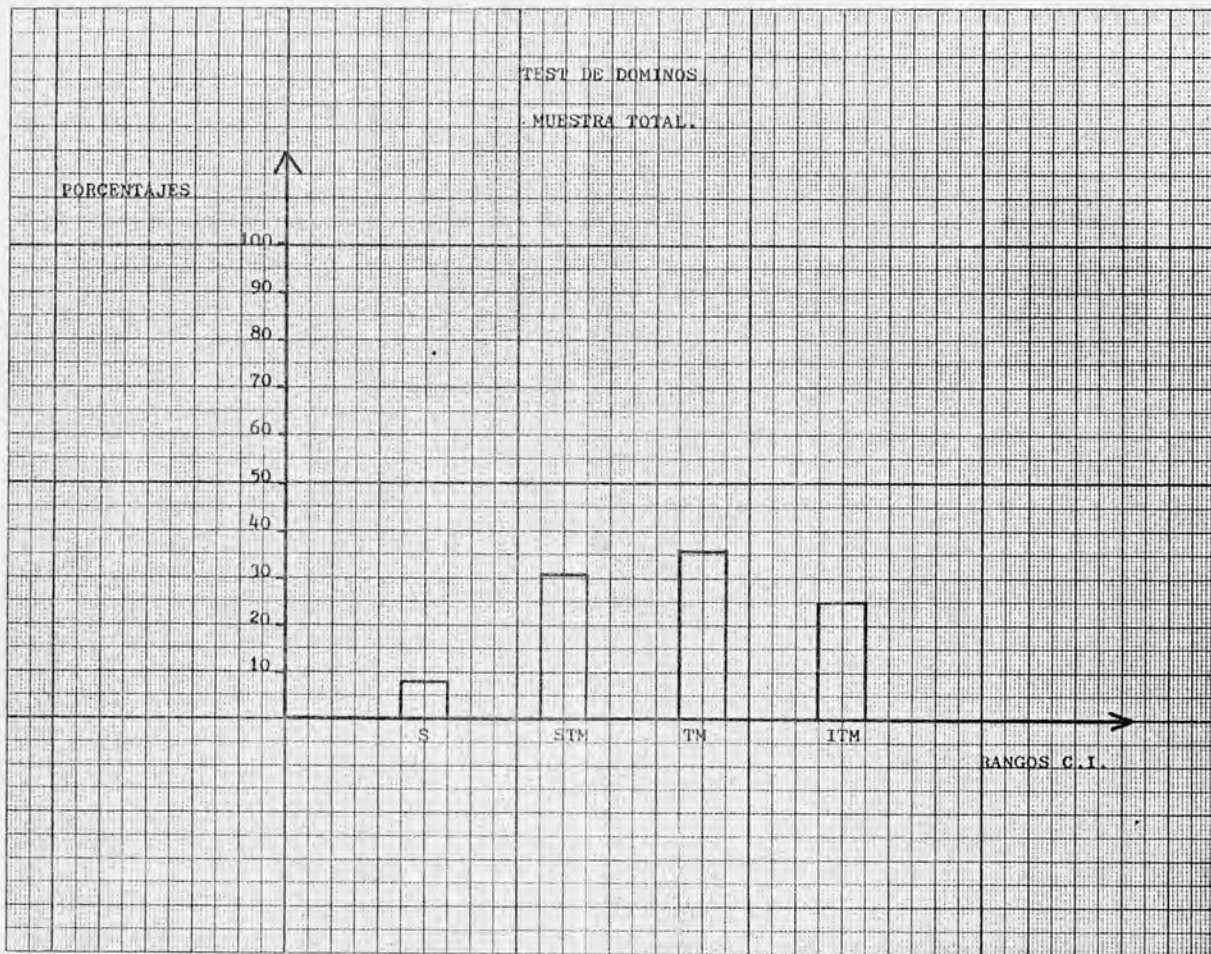
ITM

RANGOS C.I.

FEM. 

MASC. 





PC	L	PT	PC	F	PT	PC	K	PT	PC	1	PT	PC	2	PT	PC	3	PT	PC	4	PT
2	31		0	33		9	31		0	37		14	31		14	30		5	26	
3	34		1	36		10	33		1	40		15	34		15	34		6	29	
4	38		2	39		11	35		2	44		16	36		16	37		7	31	
5	42		3	44		12	37		3	47		17	39		17	39		8	34	
6	46		4	47		13	40		4	50		18	41		18	42		9	37	
7	49		5	51		14	42		5	54		19	44		19	45		10	39	
8	53		6	54		15	44		6	57		20	46		20	48		11	42	
9	57		7	58		16	46		7	61		21	49		21	50		12	45	
10	60		8	62		17	49		8	64		22	51		22	54		13	48	
11	64		9	65		18	50		9	68		23	54		23	57		14	50	
12	67		10	69		19	53		10	71		24	56		24	60		15	53	
13	72					20	55		11	74		25	58		25	63		16	56	
						21	57		12	78		26	60		26	66		17	58	
						22	60					27	63		27	69		18	61	
						23	62					28	65		28	72		19	64	
						24	64					29	68		29	75		20	67	
						25	66					30	71		30	78		21	69	
						26	69					31	73		31	81		22	72	
																		23	75	
																		24	78	
																		25	80	
																		26	83	
																		27	86	

PC - Puntaje Crudo

PT - Puntaje " T "

FEM.

PUNTAJES " T " ESTANDARIZADOS PARA LA MUESTRA

PC 5 PT	PC 6 PT	PC 7 PT	PC 8 PT	PC 9 PT	PC 0 PT
27 25	3 26	5 45	0 38	10 31	9 31
28 29	4 30	6 49	1 39	11 34	10 33
29 32	5 33	7 51	2 41	12 37	11 34
30 35	6 38	8 53	3 43	13 40	12 35
31 38	7 42	9 54	4 45	14 42	13 36
32 42	8 46	10 56	5 46	15 45	14 38
33 45	9 51	11 58	6 48	16 48	15 39
34 48	10 55	12 60	7 50	17 51	16 40
35 52	11 59	13 62	8 51	18 54	17 41
36 55	12 63	14 63	9 53	19 57	18 43
37 58	13 67	15 65	10 55	20 60	19 44
38 61	14 72	16 67	11 56	21 62	20 45
39 65	15 76	17 69	12 58	22 65	21 46
40 68		18 71	13 59	23 68	22 48
41 71		19 73	14 61	24 71	23 49
42 74		20 74	15 63	25 74	24 50
43 78		21 76	16 65	26 77	25 51
		22 78	17 66	27 79	26 53
		23 79	18 68		27 54
			19 70		28 55
			20 71		29 56
			21 73		30 57
					31 59
					32 60
					33 61
					34 63
					35 64

PC - Puntaje Crudo
PT - Puntaje " T "

FEM.

PUNTAJES " T " ESTANDARIZADOS PARA LA MUESTRA

PC ⁵ PT	PC ⁶ PT	PC ⁷ PT	PC ⁸ PT	PC ⁹ PT	PC ⁰ PT
-	-	-	-	-	36 65
					37 67
					38 68
					39 69
					40 70
					41 72
					42 73
					43 74
					44 75

PC - Puntaje Crudo
PT - Puntaje " T "

MASC.

PUNTAJES " T " ESTANDARIZADOS PARA LA MUESTRA

PC	L PT	PC	F PT	PC	K PT	PC	1 PT	PC	2 PT	PC	3 PT	PC	4 PT
1	31	0	34	6	21	0	39	13	28	10	19	7	27
2	34	1	38	7	23	1	43	14	30	11	22	8	30
3	37	2	42	8	25	2	46	15	33	12	25	9	33
4	41	3	46	9	28	3	49	16	36	13	27	10	36
5	44	4	50	10	30	4	53	17	38	14	30	11	39
6	47	5	54	11	32	5	56	18	41	15	33	12	42
7	50	6	58	12	34	6	59	19	43	16	36	13	45
8	54	7	62	13	36	7	62	20	46	17	38	14	48
9	57	8	65	14	39	8	66	21	49	18	41	15	51
10	60	9	69	15	41	9	69	22	51	19	44	16	54
11	63	10	73	16	43	10	72	23	54	20	47	17	57
12	67	11	77	17	45	11	76	24	57	21	49	18	60
13	70	12	81	18	47	12	79	25	59	22	52	19	64
14	73	13	85	19	50	13	82	26	62	23	55	20	67
15	76	14	89	20	52	14	86	27	65	24	58	21	70
		15	93	21	54	15	89	28	67	25	60	22	73
				22	56	16	92	29	70	26	63	23	76
				23	58	17	95	30	73	27	66		
				24	61			31	75	28	69		
				25	63			32	78	29	71		
				26	65			33	80	30	74		
				27	67			34	83	31	77		
				28	69			35	86				
				29	71			36	88				
								37	91				
								38	94				

PC - Puntaje Crudo
 PT - Puntaje " T "

MASC.

' PUNTAJES " T " ESTANDARIZADOS PARA LA MUESTRA

PC	5 PT	PC	6 PT	PC	7 PT	PC	8 PT	PC	9 PT	PC	0 PT
17	30	2	26	0	35	0	36	7	26	9	30
18	33	3	29	1	37	1	38	8	29	10	31
19	35	4	33	2	39	2	40	9	32	11	33
20	37	5	36	3	42	3	43	10	34	12	35
21	40	6	40	4	44	4	45	11	37	13	36
22	42	7	43	5	46	5	47	12	39	14	38
23	44	8	46	6	48	6	49	13	42	15	39
24	47	9	50	7	50	7	51	14	45	16	41
25	49	10	53	8	52	8	53	15	47	17	43
26	51	11	57	9	54	9	55	16	50	18	44
27	54	12	60	10	56	10	58	17	53	19	46
28	56	13	64	11	58	11	60	18	55	20	47
29	59	14	67	12	61	12	62	19	58	21	49
30	61	15	71	13	63	13	64	20	60	22	51
31	63			14	65	14	66	21	63	23	52
32	66			15	67	15	68	22	66	24	54
33	68			16	69	16	70	23	68	25	55
34	70			17	71	17	73	24	71	26	57
35	73			18	73	18	75	25	74	27	59
36	75			19	75	19	77	26	76	28	60
37	77			20	77	20	79			29	62
38	80			21	79	21	81			30	63
39	82			22	82	22	83			31	65
40	84			23	84	23	85			32	67
				24	86	24	88			33	68
				25	88					34	70
				26	90					35	71
				27	92					36	73

PC - Puntaje Grudo
 PT - Puntaje " T "

MASC. PUNTAJES " T " ESTANDARIZADOS PARA LA MUESTRA

5		6		7		8		9		0	
PC	PT	PC	PT	PC	PT	PC	PT	PC	PT	PC	PT
-	-	-	-	28	94	-	-	-	-	37	75
				29	96					38	76
				30	98					39	78
										40	79
										41	81
										42	83
										43	84
										44	86
										45	87

PC - Puntaje Crudo
 PT - Puntaje " T "

PORCENTAJES POR CRITERIOS Y POR SEXOS DE LA MUESTRA
ESTANDARIZADA.

SEXO FEMENINO.

Criterio IV	62.9 %
Criterio III	22.22%
Criterio II	11.11%
Criterio I	3.7 %
TOTAL:	<u>100.00%</u>

SEXO MASCULINO.

Criterio IV	58.08%
Criterio III	31.74%
Criterio II	6.59%
Criterio I	3.59%
TOTAL:	<u>100.00%</u>

N= 2; 3.7%.			CRITERIO I FEMENINO.					MUESTRA ESTANDARIZADA.					
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{X}	8.5	6.5	19	11	27	28	19.5	37	9	12	11	16.5	28.5
S^2	2.12	2.12	9.89	1.41	2.82	4.24	7.77	1.41	4.24	14.14	9.89	7.77	.70
S^2	4.49	4.49	97.81	1.98	7.95	17.97	60.37	1.98	17.97	199.93	97.81	60.37	.49
N= 6; 11.11%			CRITERIO II FEMENINO.										
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{X}	4.33	7.33	12.66	5	26.33	18.83	18.16	37.16	8.83	17.66	16.83	18.33	34.3
S^2	1.21	2.33	1.86	1.89	3.82	3.06	4.35	4.02	.75	4.13	5.56	4.63	9.93
S^2	1.46	5.42	3.45	3.57	14.59	9.36	18.92	16.16	.56	17.05	30.91	21.43	98.6
N=12; 22.22%			CRITERIO III FEMENINO.										
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{X}	7.33	5	19.41	4.58	23.41	21.75	14.16	33.91	9.5	7.16	7.66	16.5	23.5
S^2	3.02	2.82	2.67	2.64	4.99	2.95	3.43	2.10	3.50	4.64	6.15	4.4	8.10
S^2	9.12	7.95	7.12	6.96	24.90	8.70	11.76	4.41	12.25	21.52	37.82	19.71	65.6
N=34; 62.9%			CRITERIO IV FEMENINO.										
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{X}	7.55	4.11	17.85	3	19.73	19.94	12.67	34.08	8.61	5.67	5.05	16.41	21.7
S^2	2.54	2.59	4.52	2.52	2.17	2.89	2.50	3.02	2.05	3.05	3.78	2.73	6.15
S^2	6.45	6.70	20.43	6.35	4.70	8.35	6.25	9.12	4.20	9.30	14.2	7.45	37.8
N=54; 100%			CRITERIO TOTAL FEMENINO.										
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{X}	7.19	4.76	17.67	3.87	21.56	20.52	13.87	34.5	8.85	7.57	7.17	16.65	23.89
S^2	2.69	2.75	4.47	2.91	4.04	3.35	3.68	3.07	2.39	5.50	5.97	3.50	7.94
S^2	7.23	7.56	19.98	8.46	16.32	11.22	13.54	9.42	5.71	30.25	35.64	12.25	63.04

Cuadro que muestra las medias, desviaciones estándar y varianzas de los criterios psicopatológicos del sexo femenino.

N=6; 3.59%

CRITERIO I MASCULINO.

MUESTRA ESTANDARIZADA.

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
X	5.33	5.67	14.17	11.00	27.67	24.33	19.00	30.33	9.83	18.67	17.50	18.83	29.83
S ₂	2.66	1.75	3.76	4.86	7.58	1.97	1.10	6.31	2.71	7.99	6.72	4.62	9.24
S	7.08	3.06	14.14	23.62	57.46	3.88	1.21	39.82	7.34	63.84	45.16	21.34	85.38

N=11; 6.59%

CRITERIO II MASCULINO.

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
X	5.27	6.27	15.27	6.27	24.00	21.73	19.18	27.09	9.09	12.18	13.09	17.64	26.18
S ₂	2.00	2.10	4.56	3.23	5.87	5.12	3.97	3.73	3.59	4.85	3.86	5.37	5.53
S	4.00	4.41	20.79	10.43	34.46	26.21	15.76	13.91	12.89	23.52	14.90	28.84	30.58

N=53; 31.74%

CRITERIO III MASCULINO.

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
X	5.89	4.47	18.38	3.40	21.38	20.79	15.15	25.02	9.28	8.17	7.40	16.68	22.17
S ₂	2.65	2.73	4.67	2.27	3.33	3.95	3.27	5.10	2.62	4.79	4.44	4.03	6.18
S	7.02	7.45	21.81	5.15	11.09	15.60	10.69	26.01	6.86	22.94	19.71	16.24	38.19

N=97; 58.08%

CRITERIO IV MASCULINO.

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
X	7.72	3.57	20.41	2.32	20.87	21.14	13.41	25.24	8.71	5.12	4.47	15.31	20.27
S ₂	3.14	2.23	4.00	2.25	2.94	3.36	2.17	3.12	1.94	2.45	2.51	3.28	5.58
S	9.86	4.97	16.00	3.06	8.64	11.29	4.71	9.73	3.76	6	6.30	10.76	31.14

N=167; 100%

CRITERIO TOTAL MASCULINO.

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
X	6.89	4.11	19.20	3.23	21.48	21.22	14.60	25.37	9.02	7.00	6.44	16.02	21.59
S ₂	3.08	2.51	4.56	3.03	3.78	3.64	3.25	4.27	2.91	4.75	4.67	3.82	6.26
S	9.48	6.30	20.79	9.18	14.28	13.24	10.56	18.23	8.46	22.56	21.80	14.59	39.18

Cuadro que muestra las medias, desviaciones estándar y varianzas de los criterios psicopatológicos del sexo masculino.

CORRELACION ESTADISTICA ENTRE LOS CRITERIOS PSICOPATO-
LOGICOS DE LA MUESTRA ESTANDARIZADA.

SEXO FEMENINO.

CRITERIO I vs. CRITERIO II.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --
donde:

$$a = .20500 \qquad b = .95338$$

Coefficiente de correlación: .881422, o sea 88%.

CRITERIO I vs. CRITERIO III.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --
donde:

$$a = -1.50821 \qquad b = .91425$$

Coefficiente de correlación: .965798, o sea 96%.

CRITERIO I vs. CRITERIO IV.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --
donde:

$$a = -2.57888 \qquad b = .89891$$

Coefficiente de correlación: .945701, o sea 94%.

CRITERIO II vs. CRITERIO I.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --
donde:

$$a = 3.84007 \qquad b = .81489$$

Coefficiente de correlación: .881422, o sea 88%.

CRITERIO II vs. CRITERIO III.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 1.95496 \quad b = .74776$$

Coefficiente de correlación: .854415, o sea 85%.

CRITERIO II vs. CRITERIO IV.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = .91058 \quad b = .73035$$

Coefficiente de correlación: .831094, o sea 83%.

CRITERIO III vs. CRITERIO I.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 2.74637 \quad b = 1.02026$$

Coefficiente de correlación: .965798, o sea 96%.

CRITERIO III vs. CRITERIO II.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 2.76985 \quad b = .97628$$

Coefficiente de correlación: .854415, o sea 85%.

CRITERIO III vs. CRITERIO IV.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 1.29866 \quad b = .99682$$

Coefficiente de correlación: .992726, o sea 99%.

CRITERIO IV vs. CRITERIO I.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 4.46343 \quad b = .99493$$

Coefficiente de correlación: .945701, o sea 94%.

CRITERIO IV vs. CRITERIO II.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 4.49846 \quad b = .94574$$

Coefficiente de correlación: .831094, o sea 83%.

CRITERIO IV vs. CRITERIO III.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 1.50008 \quad b = .98865$$

Coefficiente de correlación: .992726, o sea 99%.

SEXO MASCULINO.

CRITERIO I vs. CRITERIO II.

El fenómeno es exponencial, de la forma $y = a \exp(bx)$, --

donde:

$$a = 3.90623 \quad \exp = \text{núm fijo} \quad b = .07472$$

Coefficiente de correlación: .889778, o sea 88%.

CRITERIO I vs. CRITERIO III.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = .05894 \qquad b = .76419$$

Coefficiente de correlación: .862109, o sea 86%.

CRITERIO I vs. CRITERIO IV.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = .03571 \qquad b = .72405$$

Coefficiente de correlación: .767243, o sea 76%.

CRITERIO II vs. CRITERIO I.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 1.19959 \qquad b = 1.06546$$

Coefficiente de correlación: .962384, o sea 96%.

CRITERIO II vs. CRITERIO III.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = -.90398 \qquad b = .93443$$

Coefficiente de correlación: .952181, o sea 95%.

CRITERIO II vs. CRITERIO IV.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = -1.46788$$

$$b = .92316$$

Coeficiente de correlación: .883597, o sea 88%.

CRITERIO III vs. CRITERIO I.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 4.52814$$

$$b = .97258$$

Coeficiente de correlación: .862109, o sea 86%.

CRITERIO III vs. CRITERIO II.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 2.33668$$

$$b = .97027$$

Coeficiente de correlación: .952181, o sea 95%.

CRITERIO III vs. CRITERIO IV.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = -1.35908$$

$$b = 1.04517$$

Coeficiente de correlación: .981719, o sea 98%.

CRITERIO IV vs. CRITERIO I.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 7.31682$$

$$b = .81301$$

Coeficiente de correlación: .76624, o sea 76%.

CRITERIO IV vs. CRITERIO II.

El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 4.66957 \qquad b = .84573$$

Coefficiente de correlación: .883597, o sea 88%.

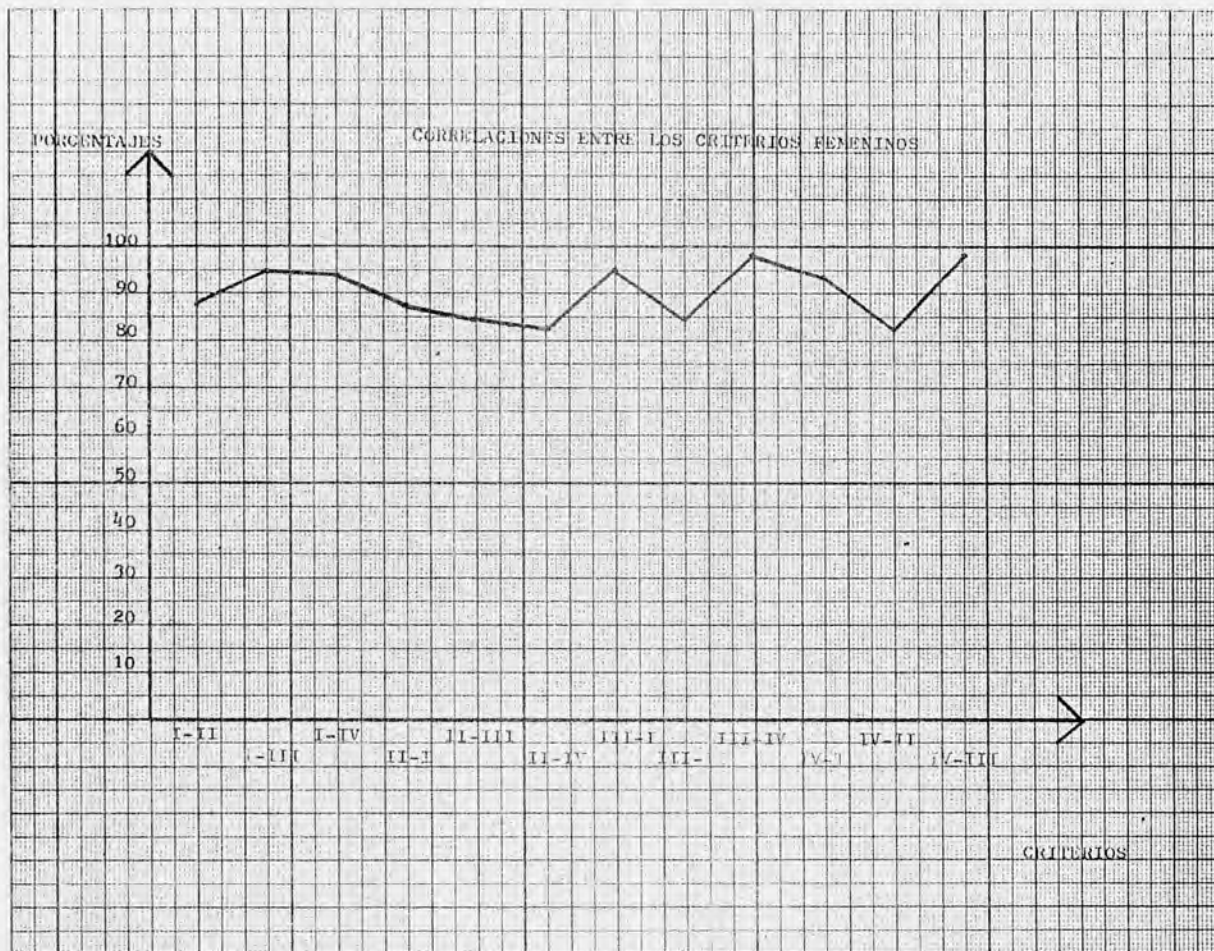
CRITERIO IV vs. CRITERIO III.

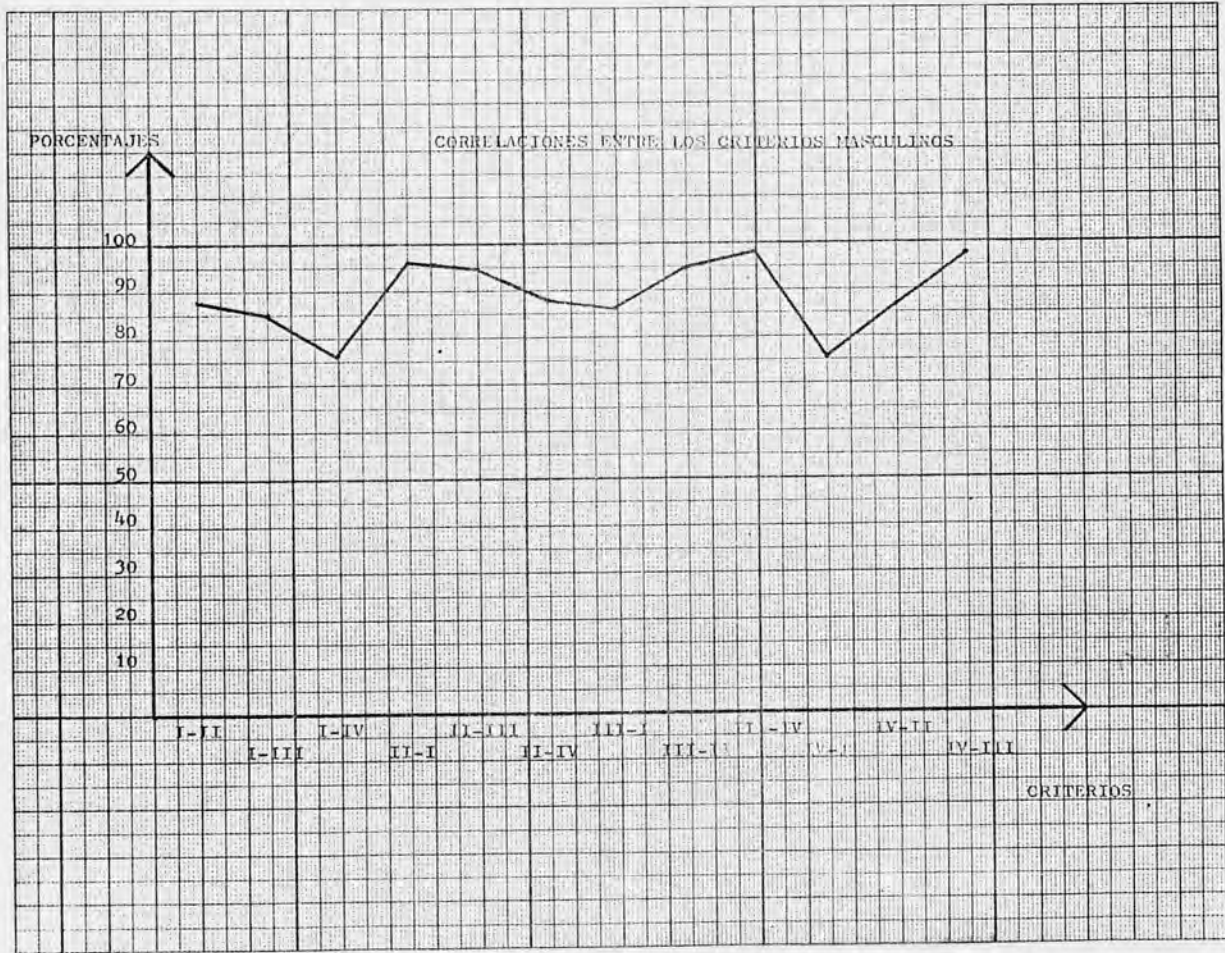
El fenómeno es una línea recta de la forma $y = a + bx$, --

donde:

$$a = 1.74976 \qquad b = .92212$$

Coefficiente de correlación: .981719, o sea 98%.





		CRITERIO I FEMENINO.										MUESTRA SIN ESTANDARIZAR.		
		N=3; 5.55%												
		L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{X}		3.33	7.66	16.33	17	23	21.33	19.33	31.33	11.00	11.00	15.33	25	11.33
S		1.52	1.15	1.15	15.71	11.35	2.51	1.52	.57	2.00	1.73	1.52	2.64	3.21
S ²		2.31	1.32	1.32	246.8	128.8	6.30	2.31	.32	4.00	1.87	2.31	6.96	10.30

		CRITERIO II FEMENINO.										MUESTRA SIN ESTANDARIZAR.		
		N=8; 14.81%												
		L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{X}		5.87	6.75	14.87	6.75	25.5	20.75	18.00	36.25	9.62	15.5	14.5	18.37	31.12
S		2.16	1.83	4.85	2.91	5.47	5.25	4.65	3.77	2.77	7.25	6.18	5.06	9.52
S ²		4.66	3.34	23.52	8.46	29.92	27.56	21.62	14.21	7.67	52.56	38.19	25.60	90.63

		CRITERIO III FEMENINO.										MUESTRA SIN ESTANDARIZAR.		
		N=12; 22.22%												
		L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{X}		7.76	5.61	19.46	3.84	23.23	21.46	14.69	33.46	9.00	7.53	8.53	15.53	26.69
S		3.32	3.25	4.09	2.51	4.56	2.43	3.11	3.23	2.85	5.15	6.30	2.69	7.07
S ²		11.02	10.56	16.72	6.30	20.79	5.90	9.67	10.43	8.12	26.52	39.69	7.23	49.98

		CRITERIO IV FEMENINO.										MUESTRA SIN ESTANDARIZAR.		
		N=31; 57.40%												
		L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{X}		7.41	3.70	17.80	3.16	20.25	19.96	12.35	34.74	8.54	5.70	4.64	16.38	21.77
S		2.30	2.45	4.33	2.77	2.38	3.11	2.70	2.74	2.14	3.16	3.34	2.77	6.89
S ²		5.29	6	18.74	7.67	5.66	9.67	7.29	7.50	4.57	9.98	11.15	7.67	47.47

		CRITERIO TOTAL FEMENINO.										MUESTRA SIN ESTANDARIZAR.		
		N=54; 100%												
		L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{X}		6	6.25	17.5	5.25	22.25	21.5	16.25	34.5	10	10.5	11.75	15.25	23
S		2.16	1.70	1.73	2.06	2.87	1.73	3.5	1.29	1.41	4.43	5.85	11.05	8.20
S ²		4.67	2.89	2.99	4.24	8.24	2.99	12.25	1.66	1.99	19.62	34.22	122.10	67.24

Cuadro que muestra las medias, desviaciones estándar y varianzas de los criterios psicopatológicos del sexo femenino.

N=14; 8.38%

CRITERIO I MASCULINO.

MUESTRA SIN ESTANDARIZAR.

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
X	6	6	18.85	7.92	27.07	25.5	18.28	30.14	11.35	11.28	12.78	16.28	25.5
S ₂	2.21	2.14	5.61	5.10	5.70	3.41	2.09	5.57	2.13	7.98	5.59	4.96	8.20
S ²	4.88	4.57	31.47	26.01	32.49	11.62	4.36	31.02	4.53	63.68	31.24	24.60	67.24

N= 26; 15.56%

CRITERIO II MASCULINO.

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
X	6.34	5.03	19.6	4	23.42	22.19	17.61	26.92	9.11	8.65	8.38	16.23	22.15
S ₂	3.14	2.53	4.39	2.66	3.04	3.77	3.58	3.71	2.12	4.12	4.54	4.81	6.73
S ²	9.85	6.40	19.27	7.07	9.24	14.21	12.32	13.76	4.49	16.97	20.61	23.16	45.29

N=90; 53.89%

CRITERIO III MASCULINO.

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
X	7.40	3.98	19.42	2.48	21.19	20.95	13.66	24.86	9.00	6.30	5.61	15.78	21.33
S ₂	3.30	2.45	4.79	2.23	2.81	3.20	2.62	3.60	2.26	3.99	4.09	3.43	6.11
S ²	10.89	6	22.94	4.97	7.89	10.24	6.86	12.96	5.10	15.92	16.72	11.76	37.33

N=37; 22.15%

CRITERIO IV MASCULINO.

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
X	6.45	3.02	18.62	2.64	18.59	19.81	12.91	24.08	7.91	5.48	4.56	16.24	19.45
S ₂	2.48	2.12	3.42	2.18	2.11	3.03	1.60	3.41	2.03	3.50	3.28	3.54	5.70
S ²	6.15	4.49	11.69	4.75	4.45	9.18	2.56	11.62	4.12	12.25	10.75	12.53	32.49

N=167; 100%

CRITERIO TOTAL MASCULINO.

MUESTRA SIN ESTANDARIZAR.

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
X	6.5	4.5	19.25	4.25	22.5	22	15.75	26.5	9.25	7.75	8	16	21.75
S ₂	.57	1.29	.5	2.62	3.41	2.16	2.62	2.64	1.25	2.75	3.55	0	2.5
S ²	.32	1.66	.25	6.86	11.62	4.66	6.86	6.96	1.56	7.56	12.60	0	6.25

Cuadro que muestra las medias, desviaciones estándar y varianzas de los criterios psicopatológicos del sexo masculino.

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

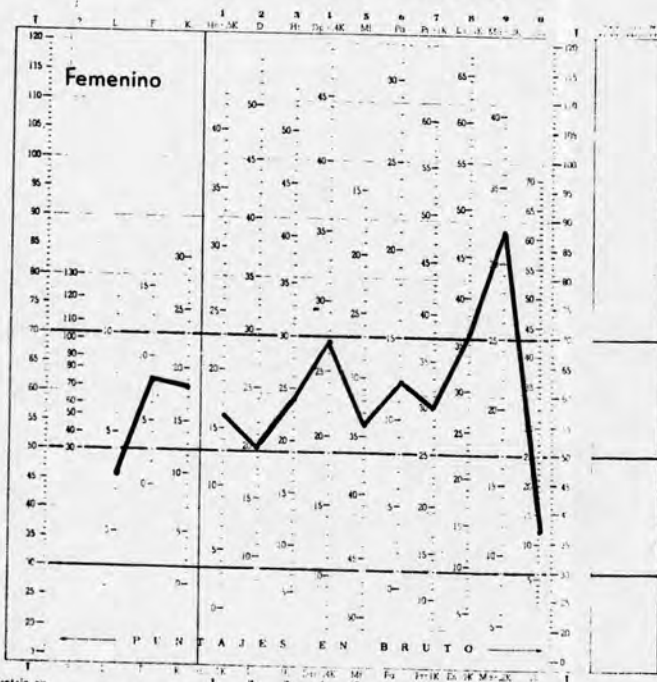
Nombre CRITERIO I
(letra de molde)

Dirección SIN ESTANDARIZAR

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto 3 8 18 7 20 24 20 12 12 18 28 12
 Agregar factor K 9 7 18 18 4
 Puntaje corregido 16 27 30 36 32

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

NOTAS

98'463712-0' (34)° 3:8:18



Firma _____

Fecha _____

MM
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley

F
Femenino

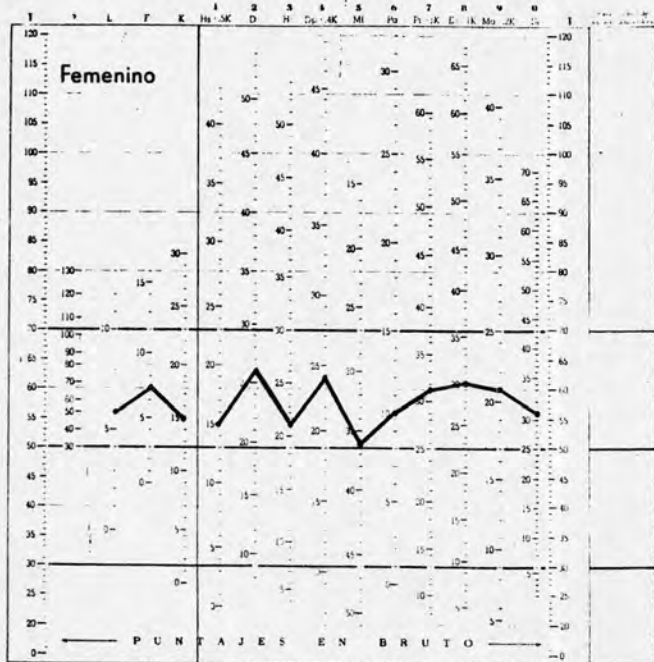
Nombre CRITERIO II
(letra de molde)

Dirección SIN ESTANDARIZAR.

Ocupación _____ fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto 6 7 15 7 26 21 18 36 10 16 15 18 31

Agregar factor K B 6 15 15 3

Puntaje corregido 15 24 31 30 21

Fracciones K

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

NOTAS

'248796013-' (36)° 6:7:15



Firma _____ Fecha _____



2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKealey

PERFIL Y SUMARIO



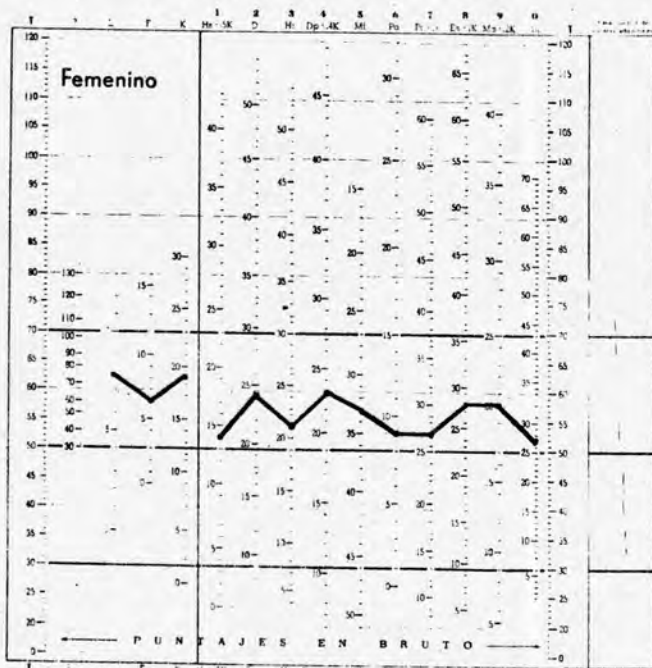
Nombre CRITERIO III
(letra de molde)

Dirección SIN ESTANDARIZAR.

Orupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K

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

NOTAS

'428926710-'(33)° 8:6:19

Puntaje en bruto	<u>8</u>	<u>6</u>	<u>19</u>	<u>4</u>	<u>23</u>	<u>21</u>	<u>15</u>	<u>33</u>	<u>9</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>16</u>	<u>27</u>
Agregar factor K		<u>10</u>					<u>8</u>			<u>19</u>	<u>19</u>	<u>4</u>	
Puntaje corregido		<u>14</u>			<u>23</u>		<u>23</u>			<u>27</u>	<u>28</u>	<u>20</u>	



Firma

Fecha

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

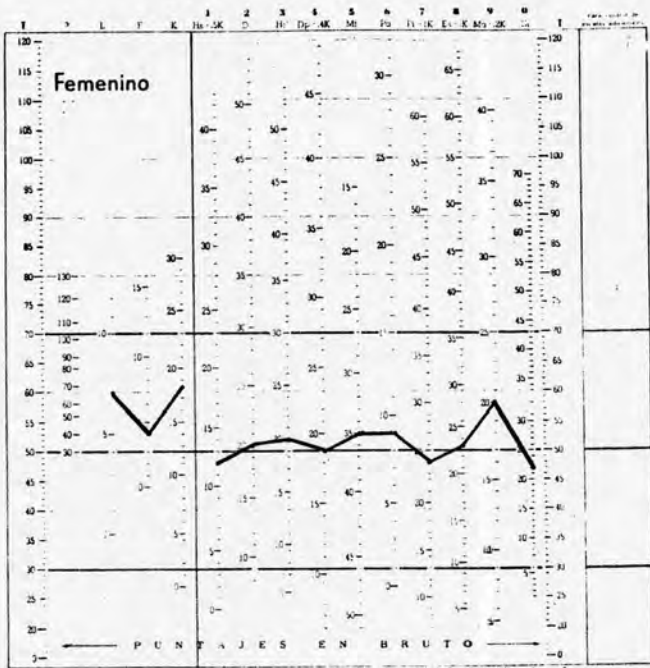
Nombre CRITERIO IV
(letra de molde)

Dirección SIN ESTANDARIZAR

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cursados _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto — **7 4 18 3 20 20 12 15 9 6 5 16 22** — — —
 Agregar factor K **9 7 18 18 4** — — —
 Puntaje corregido **12 19 24 23 20** — — —



Fracciones K

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

NOTAS

'963284170-' (35)^o 7:4:18

Firma _____ Fecha _____

MM
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starko R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

Nombre PERFIL TOTAL

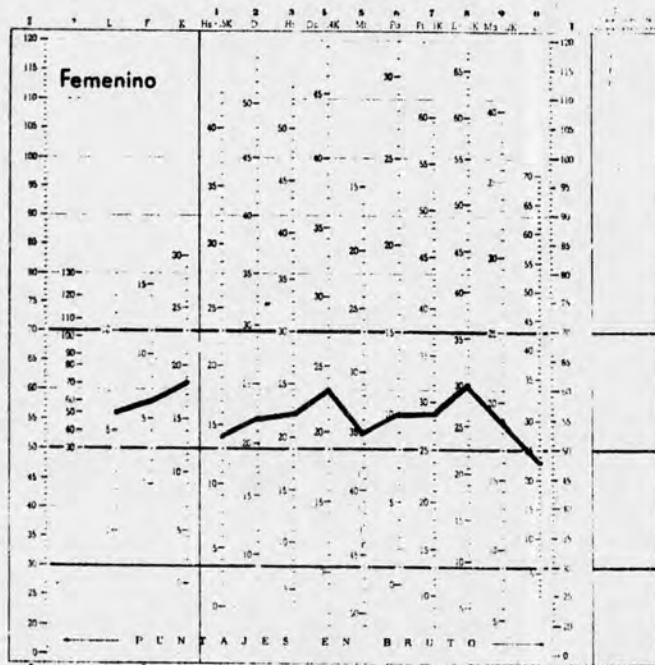
(letra de molde)

Dirección SIN ESTANDARIZAR.

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	6	6	18	5	22	22	16	15	10	11	12	15	23
Agregar Factos K			9				7			18	18	4	
Puntaje corregido			14				23			29	30	19	

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

NOTAS

'843672910-' (35)° 6:6:18



Firma

Fecha

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMP- Español

Starkes R. Hathaway y J. Charles McKinley

PERFIL Y SUMARIO



Nombre CRITERIO I,

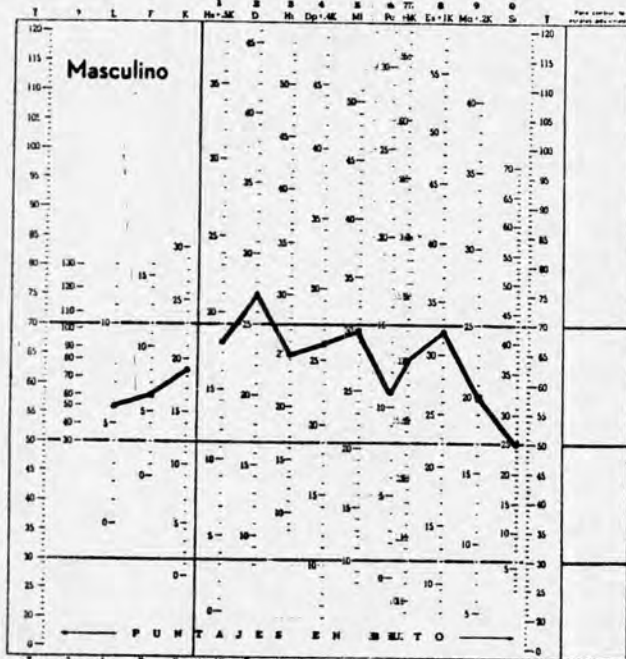
(letra de molde)

Dirección SIN ESTANDARIZAR.

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	6	6	19	8	27	25	18	30	11	11	13	16	25		
Agregar factor K	10				8			19	19	4					
Puntaje corregido	18				26			30	12	20					

Fraciones K

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

NOTAS

2'814J7690-'(30)° 6:6:19



D.R. © 1967, por
El Manual Moderno, S.A.

Printed in Manual Moderno, S.A.
under license of The Psychological Corporation
© Copyright 1943, by
The University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley



Nombre CRITERIO II.

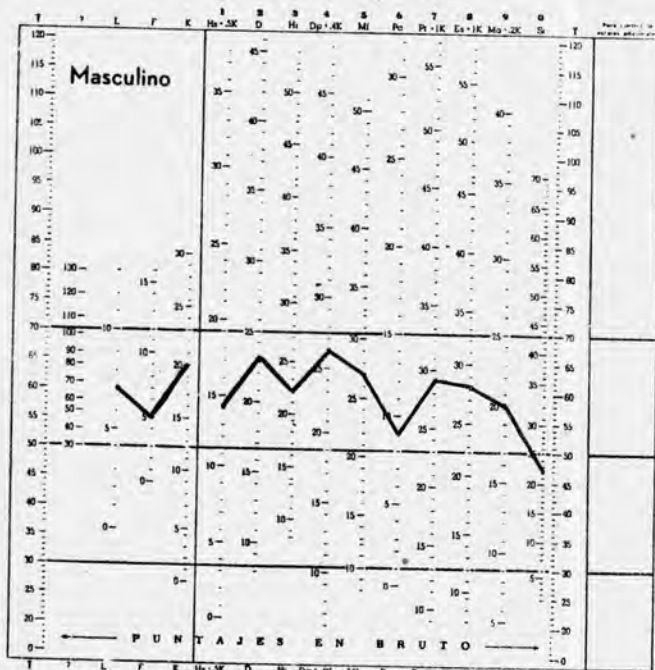
(letra de malde)

Dirección SIN ESTANDARIZAR.

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



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

NOTAS

'427839160-'(27)^o 7:5:20

Puntaje en bruto	<u>7</u>	<u>5</u>	<u>20</u>	<u>4</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>18</u>	<u>27</u>	<u>9</u>	<u>9</u>	<u>8</u>	<u>16</u>	<u>22</u>
Agregar factor K	<u>10</u>				<u>8</u>					<u>20</u>	<u>20</u>	<u>4</u>	
Puntaje corregido	<u>14</u>				<u>26</u>					<u>29</u>	<u>28</u>	<u>20</u>	



DR. © 1967, por
El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1943, by
the University of Minnesota

Firma _____

Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley



Nombre CRITERIO IV.

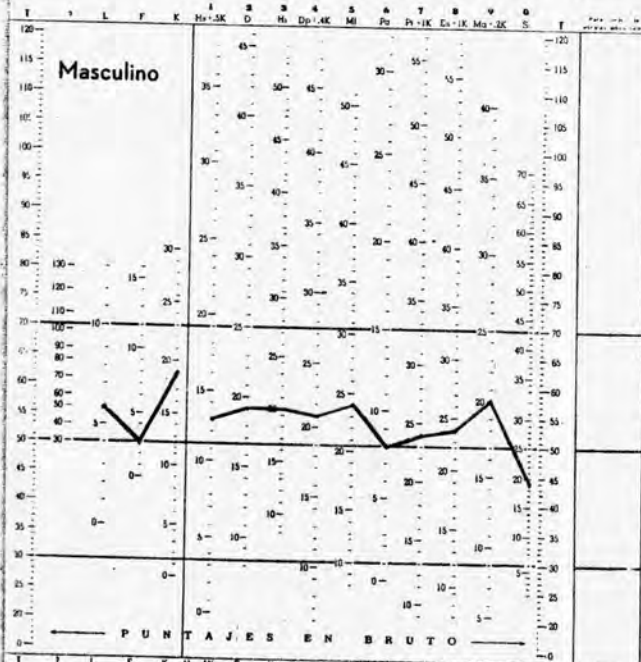
(letra de molde)

Dirección SIN ESTANDARIZAR.

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



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

NOTAS

'92114876-0' (24)° 6,3:19

Puntaje en bruto	<u>6</u>	<u>3</u>	<u>19</u>	<u>3</u>	<u>19</u>	<u>20</u>	<u>13</u>	<u>24</u>	<u>8</u>	<u>5</u>	<u>5</u>	<u>16</u>	<u>19</u>
Agregar factor K			<u>10</u>						<u>8</u>			<u>19</u>	<u>19</u>
Puntaje corregido			<u>13</u>					<u>21</u>				<u>24</u>	<u>24</u>



D.R. © 1967, por
El Manual Moderno, S. A.

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

Firma _____

Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre PERFIL TOTAL

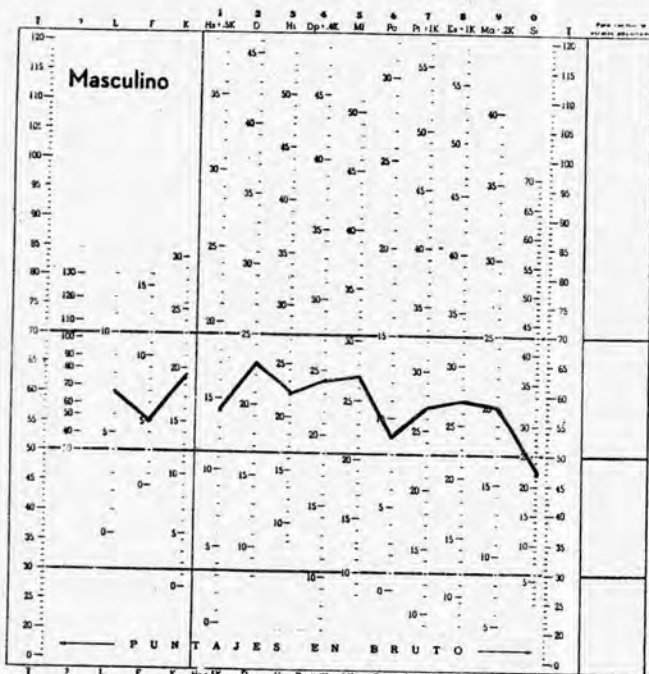
(letra de molde)

Dirección SIN ESTANDARIZAR

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en
bruto 7 5 19 4 23 22 16 27 9 8 8 16 22

Agregar factor K 10 8 19 19 4

Puntaje corregido 14 24 27 27 20

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

NOTAS

'243897160-'(27)^o 7:5:19



D.R. © 1967, por
El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1943, by
the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

PORCENTAJES COMPARATIVOS POR CRITERIOS Y POR SEXOS DE LA
MUESTRA ESTANDARIZADA Y NO ESTANDARIZADA .

SEXO FEMENINO.

ESTANDARIZADA	NO ESTANDARIZADA
Criterio I 3.7 %	Criterio I 5.55%
Criterio II 11.11%	Criterio II 14.81%
Criterio III 22.22%	Criterio III 22.22%
Criterio IV 62.9 %	Criterio IV 57.40%

SEXO MASCULINO.

ESTANDARIZADA	NO ESTANDARIZADA
Criterio I 3.59%	Criterio I 8.38%
Criterio II 6.59%	Criterio II 15.56%
Criterio III 31.74%	Criterio III 53.89%
Criterio IV 58.08%	Criterio IV 22.15%

GRAFICA COMPARATIVA DE LA FRECUENCIA POR ESCALAS

FEMENINO

T-40

FRECUENCIA

60

55

50

45

40

35

30

25

20

15

10

5

0

1

2

3

4

5

6

7

8

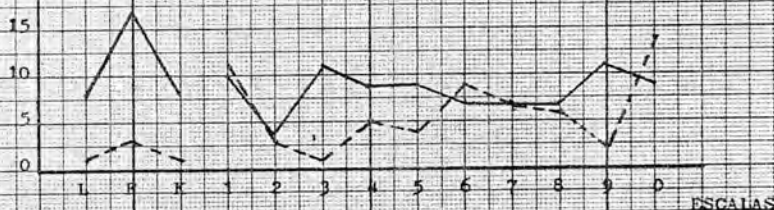
9

0

ESCALAS

— ESTANDARIZADO

- - - NO ESTAND.



GRAFICA COMPARATIVA DE LA FRECUENCIA POR ESCALAS

FEMENINO
T + 70

FRECUENCIA

60

55

50

45

40

35

30

25

20

15

10

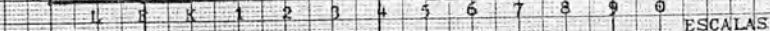
5

0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 ESCALAS

ESTANDARIZADO

NO ESTAND.



GRAFICA COMPARATIVA DE LA FRECUENCIA POR ESCALAS

MASCULINO
T -40

FRECUENCIA

60

55

50

45

40

35

30

25

20

15

10

5

0

1

2

3

4

5

6

7

8

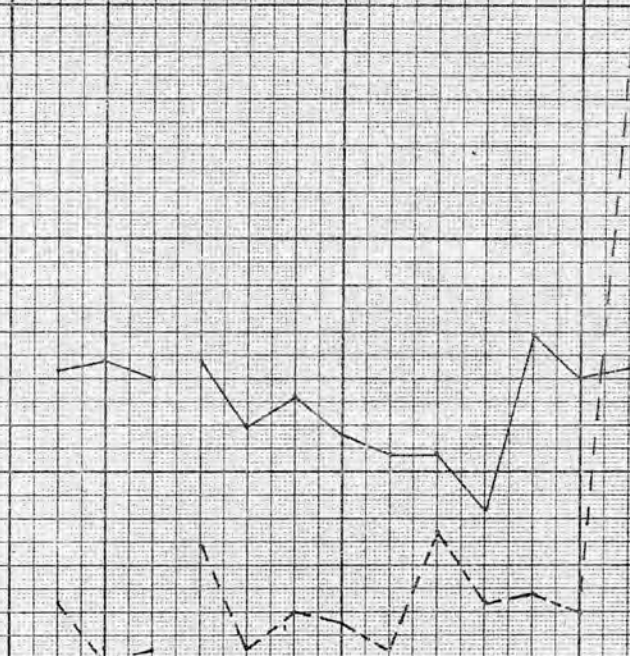
9

0

ESCALAS

— ESTANDARIZADO

- - - NO ESTAND.



GRAFICA COMPARATIVA DE LA FRECUENCIA POR ESCALAS

MASCULINO
T + 70

FRECUENCIA

50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 ESCALAS

— ESTANDARIZADO
- - - NO ESTAND.



CAPITULO V.

CONCLUSIONES Y DISCUSION

Del análisis estadístico de la muestra así como de las tablas y gráficas que se consignan en el capítulo de resultados (IV) podemos concluir lo siguiente:

TEST DE DOMINOS.

Ningún sujeto incurrió en el rango de Deficiencia.

El mayor porcentaje de la muestra está representado por el sexo masculino.

Para ambos sexos, se observará que el porcentaje más alto de sujetos obtuvo un coeficiente intelectual de Término Medio.

En la muestra masculina la incidencia de sujetos por rangos consecutivamente al Término medio, siguieron el rango Superior a término medio, no ocurriendo así para la muestra femenina, cuya incidencia después del TM, se dió en el rango Inferior a término medio.

Para la muestra total, la ocurrencia más elevada después del término medio cayó en el rango Superior a término medio.

Para ambos sexos y en la muestra total, el porcentaje más bajo se obtuvo para el rango Superior.

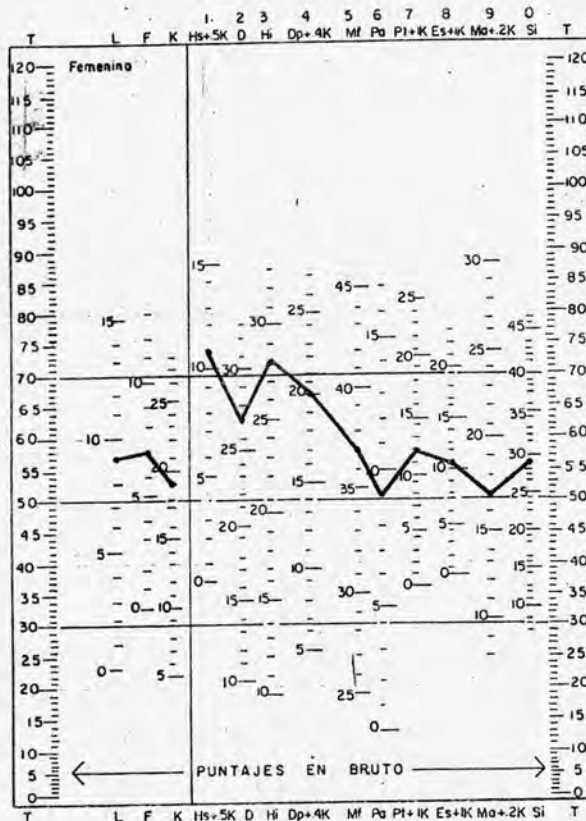
MMPI.

Dado que el mayor porcentaje de sujetos para ambos sexos incurrieron en el criterio IV (masculino 58.08% y femenino 62.9%) podemos concluir que la H_0 o hipótesis nula se CORROBORA, y que la H_1 o hipótesis alternativa es RECHAZADA.

En sus relaciones interpersonales se encuentran equilibrados ya que pueden ser tanto superficiales como profundos; si se encuentran ante un obstáculo en la convivencia lo toman como pasajero y lo manipulan, lo que nos da como resultado que tienen la posibilidad de no caer en severos conflictos en su vida rutinaria.

En este criterio aparece un grado de problemática superable por el mismo sujeto.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD MMPI—Español
Perfil de investigación



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

Nombre: CRITERIO I.

Dirección: ESTANDARIZADO.

Ocupación: _____ Fecha de la prueba: _____

Años escolares o estudios cumplidos: _____

Estado civil: _____ Edad: _____

13'4278069-'(58)' 9:7:19

puntaje en bruto 9 7 19 11 27 28 20 37 9 12 11 17 29
 agregar factor K _____
 puntaje corregido _____

Firma: _____ Fecha: _____

INTERPRETACION DEL CRITERIO I FEMENINO.

Este perfil nos muestra que estas personas son ingenuas, - con pocas capacidades intelectuales, tratando de dar siempre una buena imagen acerca de su persona; son creyentes de sus virtudes y capacidades exagerándolas, lo que es índice de distorsión de la realidad. Su dependencia es de tipo pasivo-agresiva, demandando ayuda y apoyo con exigencia. Debido a esta distorsión que está - totalmente internalizada, no tienen capacidad de insight y por lo tanto creen tener una imagen sobrevalorada de sí mismas.

Son personalidades de tipo histérico-conversivo, predomi-- nando en ellas el egoísmo, envidia, rivalidad y somatizaciones -- que viven con indiferencia y negación ya que no se dan cuenta de estas perturbaciones que obstaculizan y amenazan su vida diaria. Su mecanismo básico es la represión.

Manifiestan problema en el manejo de la agresión, siendo - éste extrapunitivo y destructivo, por lo que se ven involucradas conflictivamente en sus relaciones interpersonales desde todos -- los puntos de vista; además presentan problemas con la figura de autoridad ya que son reticentes, obstaculizadoras y desobedientes de las políticas internas en sus trabajos. El área más afectada de estas personas es la laboral, ya que llevan sus desavenencias familiares o de cualquier otro tipo al lugar de trabajo, sin que logren discriminar las esferas de funcionamiento y lo que es más, no se benefician de la experiencia, son repetitivas y reiterati-- vas de sus fallas.

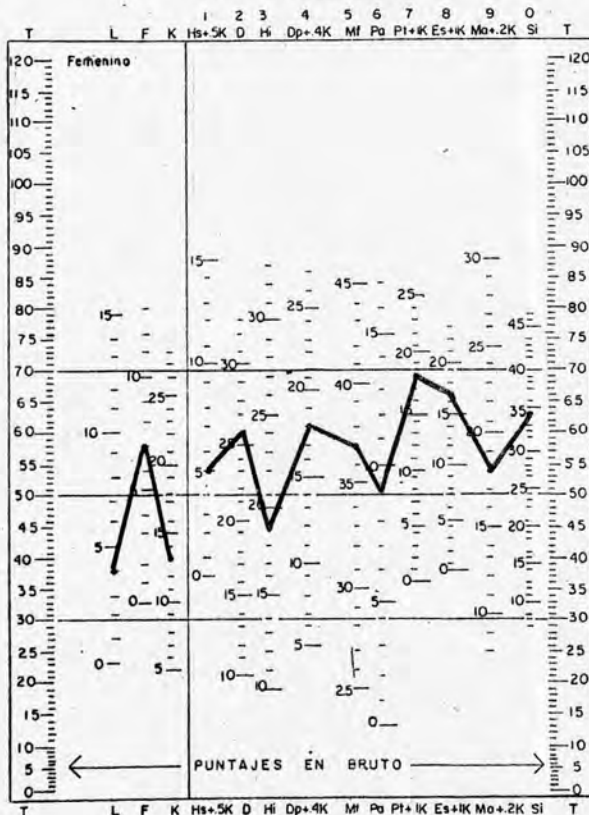
Afectivamente manifiestan afectos muy profundos y sobre to

do hay disturbios en los impulsos destructivos, por lo que manifiestan rasgos melancólicos de despecho y reprobación.

En la esfera sexual son castrantes, primitivas y generalmente están insatisfechas, ya que comúnmente existe frigidez, lo que nos habla de una falla en la identificación psicosexual.

Dentro de este criterio se consideran los sujetos con las perturbaciones mas severas.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD MMPI—Español
Perfil de investigación



puntaje en bruto 4 7 13 5 26 19 18 37 9 18 17 18 34
 agregár factor K — — — — —
 puntaje corregido — — — — —

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

Nombre : CRITERIO II.

Dirección : ESTANDARIZADO.

Ocupación : _____ Fecha de la prueba : _____

Años escolares o estudios cumplidos : _____

Estado civil : _____ Edad : _____

'780421963-'(58)4:7:13

Firma : _____ Fecha : _____

INTERPRETACION CRITERIO II FEMENINO.

La interpretación del perfil de esta población reúne las siguientes características: Son sujetos que entendieron la prueba y no la distorsionaron, no falsean su problemática y esta se considera que no es muy severa.

Existe un manejo inadecuado de los mecanismos de defensa, encontrándose autodevaluada la imagen de sí mismas; sujetos que tienden a pedir ayuda sintiéndose incapaces de resolver su problemática.

Este criterio nos muestra un perfil donde los sujetos tienen la tendencia aparente a mostrarse como son, dando la impresión de que admiten sus fallas psicológicas mostrándose hasta cínicas, inquietas y con actitud dispuesta a realizar grandes empresas. Dentro de ellas puede existir una imagen inhibida con gran necesidad de afecto y evaluación del mundo externo acerca de su persona.

Existe una tendencia a mostrar incapacidad real en sus decisiones, ya que su energía como se puede apreciar en la escala clínica, se encuentra disminuída.

Generalmente son personas de pocos amigos, teniendo una o dos amistades íntimas a lo largo de su vida, ya que están limitadas en su capacidad de amar y establecer contactos de una manera madura; en sus relaciones interpersonales son indiferentes, huidizas y desconfiadas. Tienden a buscar la independencia y el aislamiento como forma de control debido a que la gente puede despar-
tar su agresión.

Se encuentran identificadas con la figura de su propio se-

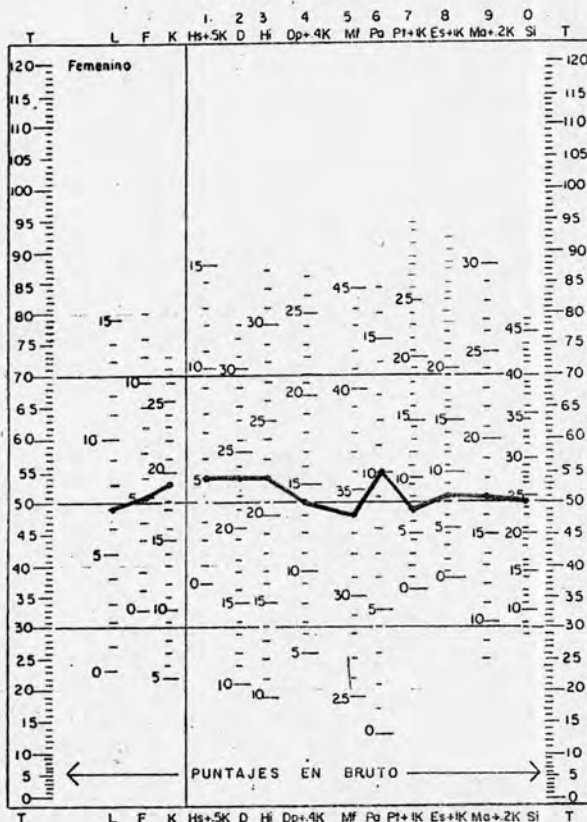
xo, teniendo poca energía sexual.

Se muestran obedientes con las figuras de autoridad, pero es un odio inconsciente el que las mueve, ya que utilizan como mecanismo defensivo la formación reactiva.

En condiciones normales de no stress realizan sus actividades de una manera rutinaria y con amargura obedeciendo las órdenes casi a ciegas y con retardo en el proceso volutivo, ya que les da por fantasear, contar constantemente y pensar de qué manera vengarse indirectamente de las autoridades o de la figura afectiva en ese momento predominante.

Este criterio denota áreas que el sujeto no es capaz de manejar.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD MMPI—Español
Perfil de investigación



puntaje en bruto 7 5 19 5 23 22 14 34 10 7 8 17 24

agregar factor K — — — — — —
puntaje corregido — — — — — —

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

Nombre: CRITERIO III,

Dirección: ESTANDARIZADO,

Ocupación: _____ Fecha de la prueba: _____

Años escolares o estudios cumplidos: _____

Estado civil: _____ Edad: _____

'612389407-' (49) 7:5:19

Firma: _____ Fecha: _____

Este criterio nos muestra que la población incluye sujetos adaptados; nos está hablando de personas adecuadas con tendencias a encubrir sus fallas personales; se muestran un tanto ingenuas, pero es porque realmente creen en su proceso de educación de tipo moralista, son poco dependientes y hábiles en su trato y obviamente sus mecanismos defensivos son operantes para el control de sus impulsos y el manejo de la realidad.

Este grupo no manifiesta trastornos significativos en la personalidad ya que tienen la energía equilibrada; en condiciones catastróficas como pérdidas reales del ser querido, bancarrota o recisiones de trabajo, el conflicto externo tiene que ser realmente poderoso para no poder dar una respuesta adecuada al medio.

Son personas emotivas y sensitivas en sus relaciones interpersonales; esta misma sensibilidad es una fuente frecuente de reacciones depresivas, aunque respeten las opiniones de los demás sin sentirse inapropiadas.

Son personas afectuosas, sociables y francas en su trato, no demandan ni exigen atención a sus necesidades internas, ya que pueden equilibrar sus pulsiones. Se observa un yo fuerte y estructurado que ha sido capaz de elaborar las etapas del desarrollo psicosexual de acuerdo al proceso integrativo de la personalidad.

Este grupo no manifiesta conflictos con la figura de autoridad, ante ella se muestran manipuladoras, accesibles, obedientes y sin comprometerse, aunque son incapaces de tomar decisiones momentáneas y en este aspecto relegan la responsabilidad.

Sexualmente se encuentran identificadas con la figura de su propio sexo, sumisas ante la figura masculina, la aceptan como la de mayor autoridad, ya que su actitud es femenina y con intereses estéticos. No se observa mucha energía sexual y probablemente ésta sea escasa ya que predominan los aspectos intelectuales y la consecución de los logros de los mismos. En esta -- misma área inmiscuyen el área laboral donde tienen la tendencia a rivalizar con la figura masculina y a mostrarse decisivas y definitivas como ganancia secundaria a su actitud femenina.

En este criterio aparece un grado de problemática superable por el mismo sujeto.

Tanto en el criterio anterior, como en este, se observa una gran semejanza diferenciándose básicamente en las escalas de validez.

Este perfil nos muestra un grupo que se caracteriza por su capacidad al tratar de dar una imagen muy adecuada de su persona con el encubrimiento de las leves fallas psicológicas que pudieran tener; son herméticas y aunque llegaran a presentar perturbaciones no se les observan. Son autosuficientes y emprendedoras, pero no se comprometen ya que se manejan en el medio con una apariencia de timidez aunque internamente no lo sean, logrando con esto sus objetivos finales que ellas mismas se han pro--- puesto.

Estas personas son capaces de afrontar la realidad de una manera pasiva ya que se observa más capacidad de demora y tole-- rancia a la frustración. Es importante señalar que su pasividad está en función de la reflexión y no de la obstaculización de -- sus capacidades con respecto a la acción.

En el área laboral no manifiestan conflicto con la autoridad ni con los subordinados, siendo respetuosas en su trato e in diferentes ante los conflictos o problemáticas de las políticas internas de la empresa o institución donde prestan sus servicios. Su conducta ante la adversidad es de reserva, con cierto recelo hacia las personas que sienten que las protegen y su aparente -- flexibilidad les permite modificar su mentalidad ante las situa-- ciones de cambio.

Sexualmente están identificadas con la figura de su pro--

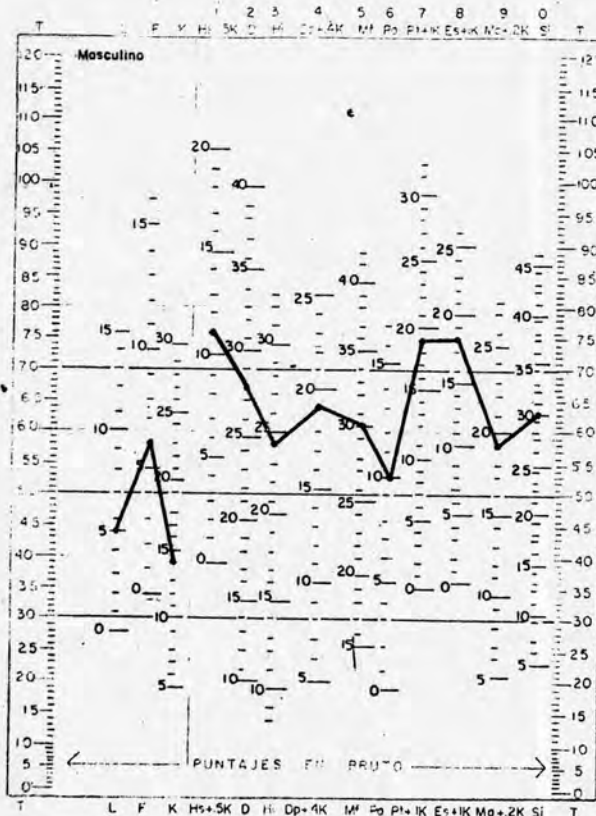
pio sexo. También muestran poca energía hacia la consecución de placeres de este tipo, mostrándose frías y calculadoras.

No se observan disturbios en los impulsos eróticos ya que utilizan la sublimación; y al referirnos únicamente a aspectos - específicos, lo anterior no se contradice con su poca sexualidad.

En este criterio incurren los sujetos que pueden considerarse normales.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD MMP1—Español

Perfil de investigación



puntaje en bruto 3 6 14 11 28 24 19 30 10 19 18 19 30

agregar factor K
puntaje corregido

Fraciones K

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

Nombre CRITERIO I.

Dirección: ESTANDARIZADO.

Ocupación: _____ Fecha de la prueba: _____

Años escolares o estudios cumplidos: _____

Estado civil: _____ Edad: _____

178-294036-(53) 5,6,14

Firma: _____ Fecha: _____

INTERPRETACION CRITERIO I MASCULINO.

La interpretación del perfil de esta población reúne las siguientes características: Son sujetos que entendieron la prueba y no la distorsionaron, no falsean su problemática y ésta se considera que no es muy severa. Existe un manejo inadecuado de los mecanismos de defensa, encontrándose autodevaluada la imagen de sí mismos; tienden a pedir ayuda, se sienten incapaces de resolver su problemática y se inclinan a depender de los demás.

De acuerdo a las escalas clínicas estos sujetos presentan un yo debilitado predominando mecanismos infantiles, somatizando para evadir responsabilidades y llamar la atención, y racionalizando su impotencia a causa de las enfermedades que dicen padecer; son manipuladores y cuando no lo logran tienen la tendencia a caer en depresión siendo reticentes al medio y obstaculizados en el trabajo de grupo. Se recordará que la hipocondría generalmente aparece paralela o encubriendo una depresión.

Son sujetos rígidos, emocionalmente lábiles que tienden a ejercer control sobre sí mismos. Manejan en forma inadecuada -- sus sentimientos de culpa, canalizando estos como una necesidad de autocastigo, por lo que consecuentemente somatizan.

Se observan mecanismos como la anulación y el aislamiento del afecto, siendo estos elevados en estados de stress ya que la angustia es manejada por estos mecanismos. Tienen la tendencia a retraerse del ambiente, a no interactuar cordialmente y a presentar mayor escisión de los afectos.

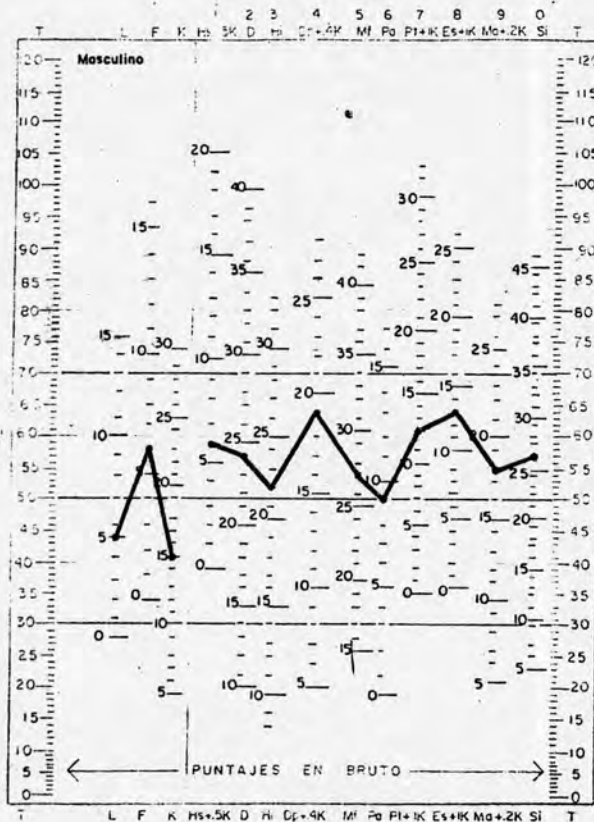
En condiciones normales de no stress estos sujetos se en-

cuentran funcionando a un nivel mediocre en todas las áreas, --- siendo un tanto cuanto su área más libre de conflicto las relaciones sociales, ya que pueden manipular y no hay una necesidad básica como lo demandan el área laboral, heterosexual y familiar.

Sexualmente están identificados con la figura de su propio sexo ya que aparentan ser dominantes al encubrir su dependencia, pero tienen toda la estructura interna pasiva que psicológicamente han adoptado de las formas femeninas de conducta en el contexto social. Son sujetos que intentan controlar la agresión por medio de sus mecanismos rígidos, debido a esta necesidad de control hay un estancamiento de energía. Cuando estos mecanismos llegan a fallar, puede surgir una tendencia al acting out.

Dentro de este criterio se consideran los sujetos con las perturbaciones mas severas.

**INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD MMPI—Español**
Perfil de investigación



puntaje en bruto 5 6 15 6 24 22 19 27 9 12 13 18 26
 agregar factor K
 puntaje corregido

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

CRITERIO II.
 Nombre _____
 Dirección: **ESTANDARIZADO.** _____
 Ocupación: _____ Fecha de la prueba: _____
 Años escolares o estudios cumplidos: _____
 Estado civil: _____ Edad: _____

****487120936-(54) 5.6.15**

Firma: _____ Fecha: _____

La interpretación del perfil de esta población reúne las siguientes características: Son sujetos que entendieron la prueba y no la distorsionaron, no falsean su problemática y ésta se considera que no es muy severa.

Existe un manejo levemente inadecuado de los mecanismos de defensa, encontrándose cierta tendencia a la autodevaluación, a pedir ayuda, sintiéndose incapaces de resolver su problemática. Existe cierta necesidad de independencia como forma de control, debido a que la gente puede despertar su agresión.

Hay buena capacidad de logro y energía para sus metas. Se observa una leve tendencia a la impulsividad, pero saben canalizar su energía de una manera adecuada siendo en ocasiones hostiles y difíciles en el trato interpersonal sobre todo con la figura femenina. En su mayoría estas personas cometen actos que pueden tener un sentido agresivo socialmente pero los controlan. Tienden a ser manipuladores, agradables, accesibles y dan la apariencia de arrepentimiento, pero una vez liberados de esto continúan cometiendo las mismas faltas.

En algunas ocasiones se puede observar una incapacidad para dar y recibir afecto de una manera profunda; cuando se relacionan heterosexualmente tienden a ser demandantes, punitivos y castrantes; requieren que la figura femenina los idealice.

Hay cierta tendencia a refugiarse en la fantasía como una forma de canalización de energía.

En sus relaciones interpersonales pueden ser agradables,

de buenas ideas, parlanchines. Bajo ciertas situaciones no lo-- gran una comunicación real debido a sus características tendien-- tes al narcisismo, superficialidad e ironía en su trato.

En el ambiente laboral funcionan ya que siempre se encon-- trarán bajo presión, necesitando básicamente una figura masculi-- na, varonil y amenazante que sirva de super-yo para poder ser -- responsables.

Analizando esta dinámica, este tipo de personas es de pro nóstico reservado pues tienen más posibilidades en cuanto al as-- pecto laboral, ya que pueden manejarse sin angustia, sin preocu-- paciones severas, pero que dada su caracterología y la constan-- cia en sus errores, su pronóstico es que tengan muy poca estan-- cia en sus trabajos.

Este criterio denota áreas que el sujeto no es capaz de manejar.

INTERPRETACION CRITERIO III MASCULINO.

Los sujetos que se encuentran en este criterio tienen la tendencia franca a dar una imagen adecuada de sí mismos, omitiendo sus fallas tanto sociales como emocionales. Tienen leve tendencia a pedir ayuda, sin depender obviamente de la persona a -- quien se acercan. Su imagen interna no se encuentra muy devaluada, siendo sus mecanismos operantes, y en forma global su personalidad se encuentra más integrada que los criterios anteriores.

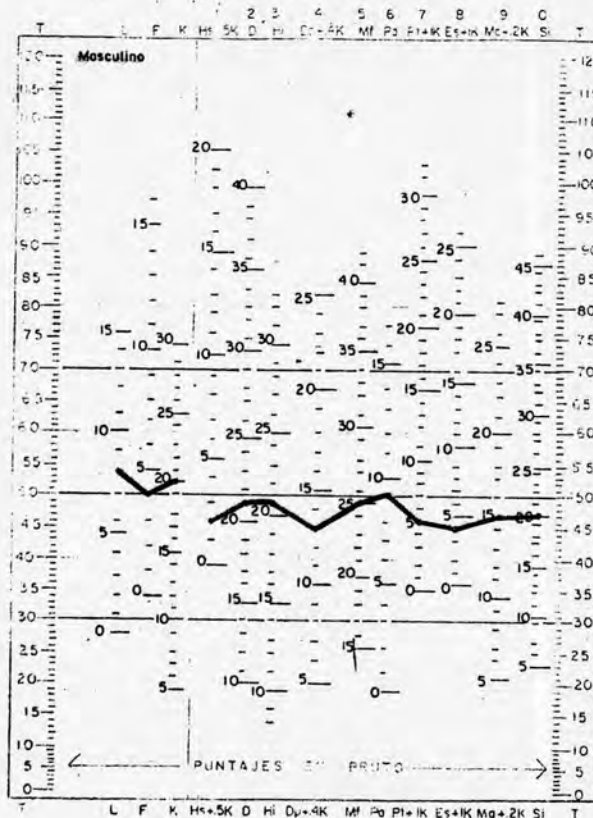
Como se ha podido observar en el perfil, estas personas - mantienen un nivel elevado de energía, siendo entusiastas, emprendedoras y con cierta iniciativa, ya que pueden tomar decisiones inmediatas. Son capaces de salir adelante solos, siendo un tanto absolutos en sus decisiones lo que podría traer cierta obstaculización al medio, teniendo también tendencia a fantasear.

En sus relaciones afectivas tienden a mostrarse un tanto dependientes ya que sus afectos son muy intensos, lo que da la posibilidad de que en sus relaciones íntimas puedan ser agresivos, celosos y autoritarios con la figura femenina, tendiendo a devaluarla. Cuando estas personas llegan a amar se vuelven dependientes del tipo demandante y si eligen como compañera una mujer pasiva y segura, éstas personas se reestructuran casi en todas sus áreas; si es al contrario, sus mecanismos se empiezan a debilitar volviéndose agresivos, autodestructivos y conflictivos en su vida laboral, ya que de alguna manera no son totalmente duros y dependen de las circunstancias, máxime si éstas son de tipo afectivo.

En sus relaciones interpersonales se encuentran equilibrados ya que pueden ser tanto superficiales como profundos; si se encuentran ante un obstáculo en la convivencia lo toman como pasajero y lo manipulan, lo que nos da como resultado que tienen la posibilidad de no caer en severos conflictos en su vida rutinaria.

En este criterio aparece un grado de problemática superable por el mismo sujeto.

**INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD MMPI—Español**
Perfil de investigación



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

Nombre: CRITERIO IV.
 Dirección: ESTANDARIZADO.
 Ocupación: _____ Fecha de la prueba: _____
 Años escolares o estudios cumplidos: _____
 Estado civil: _____ Edad: _____
 *84-6327901-(49) 8,4,20

L F K Hs+K D Hs Dv+K Mf Pa Pt+K Es+K Ma+K Si
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
 en bruto 8 4 20 2 21 21 13 25 9 5 4 15 20
 agregar factor K _____
 puntaje corregido _____

Firma: _____ Fecha: _____

Los sujetos que caen en este criterio son dados a mostrar una imagen adecuada aparentando moralidad con la intención de ocultar algunas fallas que pudieran tener o también con la firme convicción en sus creencias o virtudes.

Estas personas no son dependientes, no piden ayuda, son firmes, capaces de emprender nuevas experiencias sin acompañarlas de angustia. Tienen una imagen interna adecuada a su rol y funcionamiento ya que saben valorar y autoevaluarse.

Este perfil en sus escalas clínicas nos muestra una población que aparentemente se encuentra aplanada y sumergida, pero que en el criterio nos muestra que son las más adecuadas al medio laboral, por lo que la interpretación será obviamente con respecto a los criterios anteriores tomando las escalas clínicas más relevantes.

Este tipo de personas son las que manifiestan un yo definitivamente fuerte, capaz de regular sus pulsiones internas con las demandas de la realidad, son equilibrados, ya que pueden distribuir mejor su energía debido a que sus mecanismos básicamente no son antieconómicos.

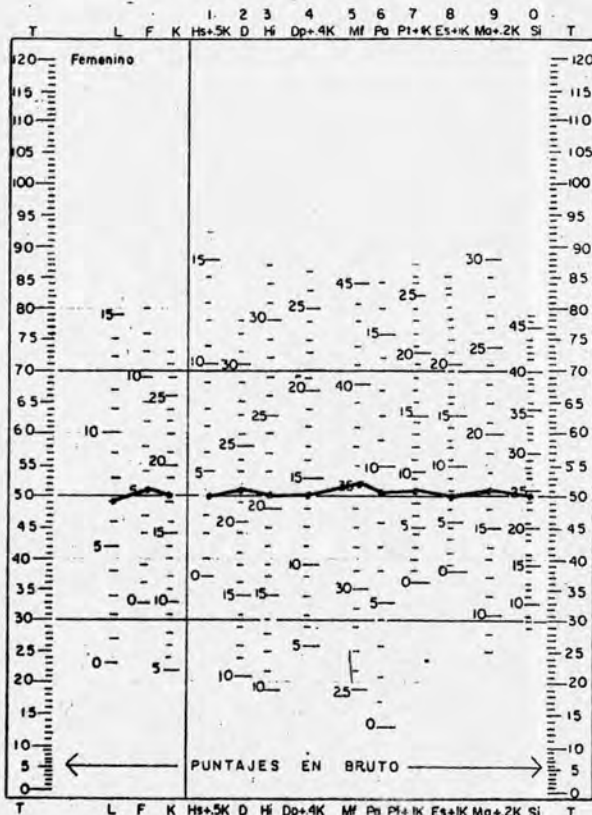
Debido al buen manejo de la realidad logran discriminar su vida laboral, intelectual, social, de la sexual y/o afectiva, al ser capaces de abordar cada una de sus áreas mas o menos en forma madura y lo que es más, se benefician de las malas o buenas experiencias, ya que sus tendencias son reparativas; aunque las circunstancias sean adversas, no optan por la retaleación --

(hostilidad, desquite), ya que se observan mecanismos como la sublimación, por lo que son productivos y con tendencias creativas.

Sexualmente no manifiestan mucha energía ni afectos profundos, siendo un tanto distantes de su vida sexual, ya que la sublimación conlleva esto como consecuencia y como se pudo observar, puede ser que su actividad intelectual y la distribución de la energía en todas las áreas logre influir en la disminución de su capacidad.

En este criterio incurren los sujetos que pueden considerarse normales.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD MMPI—Español
Perfil de investigación



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

Nombre: PERFIL TOTAL.

Dirección: ESTANDARIZADO.

Ocupación: _____ Fecha de la prueba: _____

Años escolares o estudios cumplidos: _____

Estado civil: _____ Edad: _____

'2679 13480-'(52)' 7.5.18

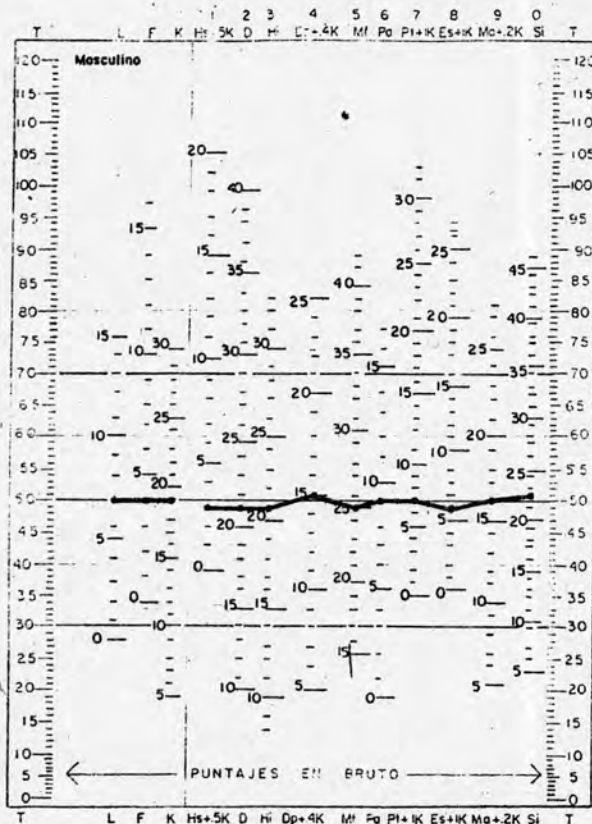
puntaje en bruto 7 5 18 4 22 21 14 35 9 8 7 17 24

agregar factor K — — — — —

puntaje corregido — — — — —

Firma: _____ Fecha: _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD MMPI—Español
Perfil de investigación



PUNTAJES EN BRUTO

puntaje en bruto 7 4 19 3 21 21 15 25 9 7 6 16 22

agregar factor K

puntaje corregido

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

Nombre: PERFIL TOTAL.

Dirección: ESTANDARIZADO.

Ocupación: _____ Fecha de la prueba: _____

Años escolares o estudios cumplidos: _____

Estado civil: _____ Edad: _____

706491238-(49) 7.4.19

Firma: _____ Fecha: _____

Debido al proceso de normalización realizada para la muestra, el perfil total de ambos sexos neutralizó los rasgos patológicos que pudieran encontrarse, dando como resultado un perfil casi paralelo a la línea de puntaje T 50.

Analizando los resultados obtenidos para las correlaciones entre los diferentes criterios psicopatológicos, podemos concluir que: el índice de correlación más alto corresponde a la comparación entre el criterio III y el criterio IV femeninos, ya que el coeficiente de correlación es de 99%.

Así mismo el más bajo, corresponde a los criterios I y IV masculinos y viceversa (IV y I masculinos), ya que en ambos casos fué de 76%.

-SINTETIZANDO: Al observar los porcentajes de los criterios III y IV podemos concluir que:

Arriba del 80% de la muestra de cada sexo, no denota alteraciones psicopatológicas de personalidad significativas, lo que es un índice muy alentador en cuanto a la estructura de la personalidad que integra el perfil psicológico del residente en Pediatría.

Creemos haber logrado nuestro objetivo al aportar con esta investigación los aspectos más relevantes que conforman la personalidad del residente en Pediatría.

Cabe señalar que para futuras investigaciones existen dos intentos de enfrentarse al problema de cuáles son las razones por las que se prefiere una determinada profesión. Uno de ellos sería investigar qué es lo que atrae de una profesión al sujeto, y el otro consistiría en descubrir qué influencias generalmente personales, han llevado al sujeto a realizar dicha elección.

Debemos recordar que las diferencias individuales que se dan en las capacidades, intereses, aptitudes e impulsos son un producto de las diferencias genéticas y de la experiencia. El papel de la experiencia es particularmente crucial en el desarrollo de las diferencias individuales en intereses e impulsos. Cuando los impulsos predominantes empiezan a funcionar como motivadores en el desarrollo individual, la forma en la cual logran sus primeras satisfacciones son determinantes importantes.

Las diferencias individuales en los intereses también están relacionadas con el tiempo de aparición de las necesidades -

básicas y con la situación ambiental específica en dicha etapa.

Consideramos importante que se realicen investigaciones -
posteriores que puedan brindar los perfiles psicológicos de pro-
fesionistas de otras ramas de la Medicina, ya que esto redundaría en beneficio de los profesionistas mismos y en el ejercicio de su especialidad.

A P E N D I C E A.

Explicaremos el desarrollo de la estructura de la personalidad desde los puntos de vista dinámico y económico, en su tránsito gradual de funcionamiento de -- proceso primario a proceso secundario. En este proceso de desarrollo, cómo se estructuran los procesos de mecanismos de defensa del yo y cuáles son las deficiencias en el desarrollo de la personalidad que habrán de ocasionar psicopatología.

APARATO INTRAPSIQUICO:

Hay dos supuestos concernientes a la vida psíquica: la localización y la dimensión espacial de las estructuras que conforman el aparato intrapsíquico.

Freud postuló un constructo hipotético al cual llamó aparato intrapsíquico que consta de tres instancias, a saber: ello, yo y super-yo; existiendo un paralelismo entre el desarrollo de este aparato y el proceso de estructuración de la personalidad.

Freud consideraba que el ser humano nace con un reservorio instintivo que es toda tendencia que busca satisfacerse incondicional e inconscientemente. A ésta estructura la denominó ello, que actúa sin tomar en cuenta la realidad, puesto que está regida por el principio del placer.

La segunda instancia llamada yo, constituye una organización que atiende a la totalidad de necesidades de la personalidad, actuando como mediador entre el ello y el mundo externo. Debido a lo anterior, está en función del principio de realidad.

Por último, la tercera instancia denominada super-yo, que contiene una internalización de las normas morales, éticas y sociales que son culturalmente tradicionales. Se rige por el principio del deber ser.

DESARROLLO DEL APARATO INTRAPSIQUICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DINAMICO Y ECONOMICO EN SU TRANSITO GRADUAL DE PROCESO PRIMARIO A PROCESO SECUNDARIO.

La teoría de Freud está considerada como una teoría biológico-determinista, ya que lo psicológico se deriva de lo biológico.

El individuo al nacer posee un remanente de energía genéticamente heredada (ello) donde radican los instintos, que se definen como la representación psicológica congénita de una fuente de excitación somática interna. Es el reservorio de la energía psíquica y es el que provee de fuerza necesaria para que los otros dos sistemas que se habrán de desarrollar posteriormente se mantengan en actividad; se mantiene también en contacto con los procesos corporales de los cuales proviene su energía.

Toda la actividad del ello es de naturaleza inconsciente. El ello no tolera los aumentos de tensión, que le provocan displacer, ésta tensión puede ser provocada por estímulos externos o excitaciones internas; así, el ello busca la manera de lograr una descarga inmediata, pudiendo de este modo, retornar a un nivel de tensión óptimo. Este principio de reducción de la tensión, es denominado principio de placer.

El organismo logra reducir su tensión mediante la acción refleja y el proceso primario. Haciendo alusión a la acción refleja, se da el siguiente ejemplo: en el niño pequeño que no es capaz de controlar sus esfínteres, el aumento de tensión se da debido al deseo de orinar y a la imposibilidad de postergar la descarga, como consecuencia la eliminación de la tensión es inmediata volviendo así el organismo a su nivel original de tensión.

Ante la incapacidad de postergar la descarga, el niño tenderá a buscar una manera de descarga mediante la alucinación del objeto, apareciendo así la primera huella mnémica; a esto se le llama proceso primario. El hecho de que el objeto deseado aparezca como una imagen mnémica, se conoce como realización de deseos.

El proceso primario por sí mismo no tiene la capacidad de reducir la tensión, en consecuencia aparece un nuevo proceso llamado proceso secundario que consiste en la capacidad de poder -- postergar la descarga hasta la aparición del objeto deseado.

Simultáneamente a la aparición del proceso secundario y a partir del ello, se empieza a diferenciar una nueva estructura -- llamada yo, como consecuencia de darse cuenta de la existencia -- de algo ajeno a sí mismo (el no-yo).

Cabe aclarar que ningún proceso es pasivo, ya que constantemente existe una interacción de fuerzas, lo que le otorga la -- característica dinámica.

Para que haya dinámica necesariamente deben existir tres factores: 1. la existencia de una estructura, 2. el desarrollo -- de la misma, y 3. el análisis de sus fallas.

El concepto dinámico en la teoría freudiana está altamente influido por el principio de la conservación de la energía.

La interacción y la oposición de fuerzas pueden explicarse en base a requerimientos instintivos acompañados del deseo de descarga, las cuales encuentran una oposición o un apoyo en el -- medio ambiente, o mediante otra estructura.

Las fuerzas interactuantes nos llevan a distinguir de acuerdo al proceso secundario dos formas de utilización de la energía: catexia y contracatexia, siendo entendida la primera como la cantidad de energía psíquica dirigida a la representación mental del objeto; y la segunda como la energía opositora a esa representación.

Toda la cantidad de energía que se emplea en los procesos psíquicos, deberá ser distribuida mediante un aparato de control

en forma más o menos apropiada. A esta forma de distribuir la energía cuantitativamente se le conoce como economía.

El yo regula la distribución de la energía en base a la realidad, y como ejecutor de la personalidad aprende a postergar la descarga; a partir de la influencia del mundo externo, las -- funciones mentales se van haciendo cada vez más complicadas, --- cuando el sujeto se percata de que no es todo yo en el mundo externo, surge la tensión (requerimiento instintivo) que ocasiona un conflicto en caso de no existir el objeto satisfactor; por -- tanto, el yo nos pone en contacto con la realidad, frente al mundo externo aprende a conocer los estímulos, acumula experiencias sobre los mismos (memoriza), evita estímulos intensos por medio de la fuga, se enfrenta por adaptación a estímulos moderados, y por último, modifica el mundo exterior adecuadamente a su conveniencia.

El yo empieza su contacto con la realidad a través de la percepción y del desarrollo de la motilidad, por lo que la per--sona adquiere mayor control de su medio.

A través del desarrollo del individuo el yo tendrá la característica de modular la descarga de tensiones ya sea repri---miéndolas, dejándolas salir libremente o utilizando una serie de mecanismos llamados mecanismos de defensa.

MECANISMOS DE DEFENSA.

El yo arcaico es de naturaleza débil en relación con sus necesidades y en relación con el mundo; encierra dentro de sí mismo el mundo externo a tal grado, que llega a sentirse omnipotente, pues en él no existe todavía una idea de objetos, al primer estado en que no hay percepción ninguna de obje--

tos se le llama narcisismo primario.

La separación del yo con el mundo externo se realizará -- gradualmente. El niño al sentir sensaciones displacenteras llora y es escuchado por los adultos que en seguida van en su auxilio, de esa manera, el niño se da cuenta que no es todo yo, renuncia a su sentimiento de omnipotencia. Debido a las frustraciones, la autoestima desciende y provoca que el niño se vea obligado a introyectar el exterior al interior, siendo los padres ahora las figuras omnipotentes para el niño, y ese sentimiento de placer al sentirse protegido, lo lleva a sentirse más seguro de sí (aumenta la autoestima). Estos sentimientos narcisísticos de placer vienen a constituir lo que posteriormente llamaremos narcisismo secundario (si no soy el más poderoso me uniré al que lo es para sentirme bien).

El niño pierde la autoestima cuando pierde el amor, y la logra cuando recupera el amor.

Las necesidades sexuales se desarrollan en relación con los objetos, y las necesidades narcisistas en relación al yo y al super-yo.

Los sentimientos de culpa hacen que la autoestima baje, cuando se logra una meta, ésta aumenta considerablemente.

La percepción a estímulos demasiado intensos llevan al organismo de la actitud pasiva de la activa protegiéndose de esa afluencia de estímulos mediante la interrupción de la función de la percepción, tratando de graduar la descarga de esas tensiones echándolas fuera o reprimiéndolas, utilizando para su causa diversos mecanismos de defensa, los cuales son mecanismos reductores de la angustia que en cierta forma distorsionan el significa

do de las cosas y protegen al individuo contra las afluencias ex
cesivas del mundo externo.

Los mecanismos de defensa tienen como función: reducción de la tensión, autoreforzantes en sí mismos y obscurecedores de significados; y como características: son inconscientes y están al servicio del yo.

Los mecanismos de defensa se dan ante una débil organización del yo y los más utilizados por el organismo son los si-----
guientes:

Sublimación: Consiste en substituir una tendencia inaceptable -- por otra apropiada para aliviar la tendencia original y que al mismo tiempo tenga un aspecto socialmente útil.

Negación: Es el mecanismo en el cual se encuentra una tendencia a negar las sensaciones y hechos dolorosos que provocan displa--
cer.

Proyección: Proceso inconsciente por el cual los impulsos emocio
nalmente inaceptables son rechazados y atribuidos a otros.

Represión: Proceso de exclusión de la consciencia de los impul--
sos, sentimientos, recuerdos o experiencias que de otro modo pro
vocarían angustia. El material reprimido continúa buscando su ex
presión a través de derivados que a menudo se manifiestan en for
ma de síntomas.

Formación reactiva: Consiste en ubicar en la consciencia un sen-
timiento que produce ansiedad por medio del sentimiento opuesto.
De este modo, el sentimiento original pasa a ser inconsciente y
substituído por uno que no provoque angustia.

Anulación: Proceso en el cual se anula simbólicamente algo reali
zado con anterioridad, como si no hubiera ocurrido.

Aislamiento: En este mecanismo, el sujeto pierde la conexión entre el trauma y su significado emocional, y además ofrece una resistencia a establecer la conexión real entre las dos esferas -- que trata de mantener separadas.

Regresión: Cada vez que una persona sufre una frustración, surge en ella una tendencia a añorar períodos anteriores de su vida, - en los que sus experiencias fueron más placenteras, y tipos anteriores de satisfacción que fueron más completos.

Fijación: A través de las etapas del desarrollo por las que atraviesa el sujeto a lo largo de su vida, algunas le son más placenteras que otras. Ante una posible situación de angustia en etapas subsecuentes, el individuo trata de defenderse contra la misma y permanece en esa etapa, al igual que ocurre en situaciones frustrantes que el sujeto no puede superar, buscando así la gratificación no obtenida aún.

La regresión y la fijación están íntimamente vinculadas. Una persona que se enfrenta a situaciones traumáticas o angustiantes, retrocede a una etapa de desarrollo anterior en la que obtuvo placer y a la cual queda fijada.

Cuando el yo se da cuenta de que hay ciertos requerimientos instintivos que no pueden ser descargados porque pueden producir una situación de peligro, el yo buscará una manera de retenerlos, transformarlos o deformarlos para así poder evitar las consecuencias. Por esta misma razón, los mecanismos de defensa no actúan en forma aislada, ni tienen un desarrollo secuencial, sino que se presentan simultáneamente en ocasiones y sus características dependen de las situaciones que se presentan ante el yo,

el que se encarga de manejarlas.

Causas por las que se desarrollan los mecanismos de defensa:

El lactante no está desarrollado suficientemente y por lo tanto no puede obtener los objetos que necesita para su satisfacción; estos objetos le son dados mediante una ayuda externa, pero no siempre aparece en el momento deseado. La desaparición temporaria de estos objetos y las exigencias en el niño provocan un efecto traumático, pues se ve imposibilitado para descargar. Estas experiencias conducen a la impresión de que ciertas exigencias instintivas son peligrosas; las amenazas y prohibiciones del exterior provocan temor hacia ciertos actos instintivos y sus consecuencias.

La influencia del exterior puede ser de dos tipos: la primera constituye un peligro real (es objetiva) y la segunda son peligros creados artificialmente a través de medidas de tipo social o educativo.

El mundo exterior es percibido por el niño de diferentes maneras y de acuerdo a esta interpretación, los requerimientos instintivos que se constituyen en el niño como un peligro, serán controlados por el yo con el fin de anular éste contenido peligroso; de ahí la utilización de mecanismos de defensa.

Desarrollo del super-yo.

Mientras que el yo se desarrolla, se va diferenciando dentro de él mismo una nueva instancia basada en el principio del deber ser, como resultado de la represión a la que se ve sujeto el niño durante las etapas de su desarrollo.

A través de su vida, el niño gradualmente adquiere un control sobre su organismo y sobre el medio que lo rodea, así descu

bre en una de sus etapas de desarrollo (etapa anal) que, además de obtener placer a través de la boca, también puede hacerlo mediante el control de sus esfínteres; esto incrementa su autoestima puesto que aumenta su control sobre el medio. Sin embargo esta necesidad de control se ve reprimida por sus padres puesto que estos le proporcionan una serie de normas y reglas a seguir, las cuales se ve obligado a introyectar.

En la siguiente etapa el niño se da cuenta de que sus genitales juegan un papel decisivo como fuente de placer, entra en una etapa narcisista convirtiendo los genitales en la zona principal de placer. El niño empieza a tener el conocimiento de sí como una unidad y no como partes independientes. En nuestra cultura siempre se ha mostrado una preocupación por la costumbre -- que el niño adopta de jugar con sus genitales; los padres tratan de impedirselo a menazándolo con perder sus órganos si sigue manipulándolos. Como es una fuente placentera, el niño experimenta angustia debido al miedo a la castración. En esa época la libido (caudal de energía genéticamente dada con cariz sexual) empieza a salir de sí y se dirige hacia objetos exteriores considerándolo ya como algo externo e independiente, tendiendo a ser elegido un objeto con características genitales masculinas debido a la valoración que da el niño a éstos. Pero el niño tiene dos modelos básicos sobre los cuales externaliza su libido, los cuales son: la madre, quien ha sido la encargada de proporcionarle placer, y el otro modelo es el propio cuerpo. De estos dos, el elegido es la madre estableciendo una relación objetal, apareciendo así el llamado complejo de Edipo.

Al situar el niño su libido en la madre, ve a su padre co

mo un rival deseando su muerte, existiendo una contradicción pues to que siente afecto por él. Aquí surge el conflicto que se complica cuando la hostilidad se siente hacia el padre y por lo tanto la proyecta en él, creyendo que el padre le castiga. Aparece aquí el temor a la castración, lo cual le hace buscar la forma de resolver el conflicto mediante la identificación con el padre y reprimiendo su deseo hacia la madre. Por ello, aunque el super-yo se empezó a formar desde antes introyectando al padre, a la madre y a otros representantes de la autoridad, al establecer la identificación con el padre, el super-yo queda definitivamente formado. El super-yo se seguirá desarrollando junto con el yo por medio de la introyección y la identificación con reglas, valores y objetos.

DEFICIENCIAS EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD QUE HABRAN DE OCASIONAR PSICOPATOLOGIA.

La personalidad es una integración y organización dinámica de factores biológicos, psicológicos y sociales de un sujeto que lo hace diferente a los demás por otorgarle características distintas dentro de un contexto general.

La personalidad se estructura a través de la interacción de las tres instancias del aparato intrapsíquico: ello, yo y super-yo. En esta interacción pueden surgir interacciones en el funcionamiento de la estructura intrapsíquica. La alteración en dicha estructura necesariamente debe ser a nivel del yo, a través del cual se manifiesta, debido a su papel de controlador entre las otras dos instancias.

Esta alteración se debe al conflicto que se presenta al chocar requerimientos del ello y exigencias del super-yo; éste choque puede ser provocado por afluencia de estímulos externos o

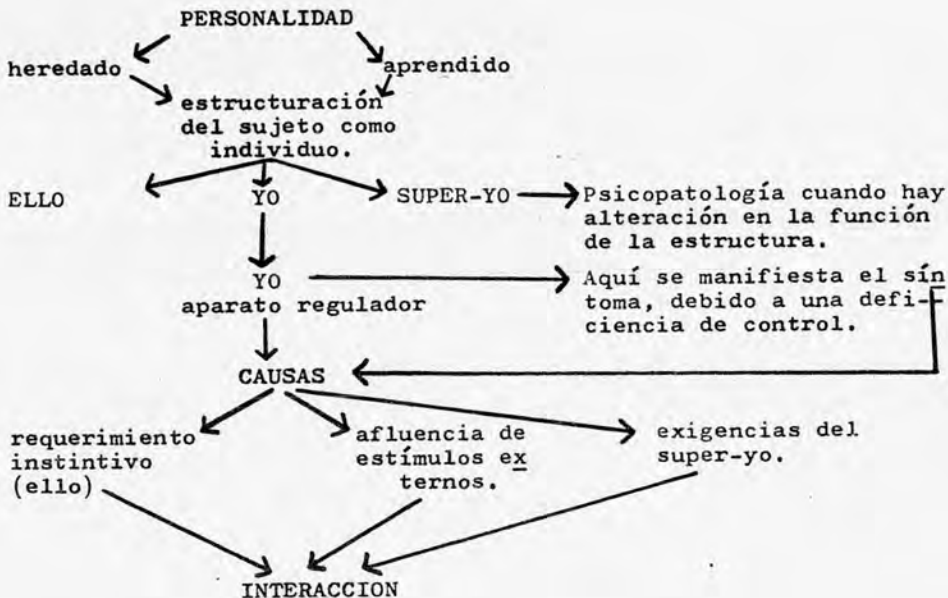
internos.

Una exigencia instintiva de parte del ello, puede ser obstaculizada por el super-yo mediante contracatexias debido a normas sancionadoras, las cuales son ejecutadas por el yo, que siempre está en contacto con la realidad. Como consecuencia se da la represión del requerimiento instintivo. Puede suceder en forma inversa, es decir, que una exigencia instintiva tienda a salir, encontrándose con una oposición del super-yo, pero debido a su naturaleza y fuerza surge una complicidad con el yo que permite su salida.

En muchas ocasiones, los enfrentamientos pueden producir conflictos muy graves o una ansiedad muy intensa, de las cuales el yo tratará de protegerse adoptando formas distorsionadas del significado de las cosas, apareciendo así los mecanismos de defensa, mediante los cuales puede descargar la tensión o transformarla con el fin de no sentir displacer.

Desde el punto de vista dinámico y económico ésta tensión tenderá a no ser totalmente descargada y ser distribuida hacia otros objetivos. El utilizar mecanismos de defensa implica una deformación de la realidad, pudiendo provocar el derrumbe de los mecanismos de adaptación del sujeto ante lo cual tratará de crear formas de adaptación que se adecúen a sus propias exigencias; esto implica la aparición de pautas especiales de conducta inadecuadas al contexto circundante (social, cultural, psicológico, etc), pudiendo así calificarlas dentro de un continuo dinámico como trastornos de la personalidad, causando psicopatología.*

* La bibliografía consultada para este apéndice, incluye de las citas no. 6, 10, 11 y 12.



Producción de conflictos que provocan que el yo se proteja mediante mecanismos de defensa.

↓

Deformación de la realidad.

↓

Desplome de los mecanismos de adaptación.

↓

Formación de mecanismos extraños de adaptación.

↓

PSICOPATOLOGIA.

Fenichel comenta al respecto, que: "debido al hecho de que la --- conducta de un ser humano en materia sexual constituye a menudo - el prototipo de todos sus otros modos de reacción en la vida, las manifestaciones de un complejo de Edipo indebidamente prolongado no se limitan a la vida amorosa propiamente dicha, sino que se en encuentran en todas las formas de relación social.

También la persona normal cuando elige un objeto de acuerdo con el tipo anaclítico, lo hace teniendo en cuenta su semejanza con objetos de la infancia. Pero el papel desempeñado por la semejanza se reduce a la elección. La persona normal es capaz de percibir las características reales del objeto y reaccionar adecuadamente, mientras que el neurótico, cuyo complejo de Edipo no ha sido liquidado, juzga erróneamente sus objetos, y solo ve en e llos la representación de sus objetos del pasado. La misma diferencia de 'normal' y 'neurótico' la hallamos en la elección de -- profesión. Puede sucederle también a una persona normal que esco ja una profesión por motivos instintivos inconscientes. Pero el neurótico, dado que los impulsos instintivos originales persisten en su inconsciente, no será capaz de adaptarse a las tareas objetivas de su profesión y en su trabajo solo buscará satisfacciones infantiles. No será eficaz en su trabajo y sufrirá una decepción."¹⁰

A P E N D I C E B.

Siendo la muerte física del niño uno de los hechos reales a los que inevitablemente se enfrenta el pediatra durante el ejercicio diario de su profesión, hemos considerado conveniente aportar información sobre la dinámica psicológica que opera en dichas situaciones.

EL PEDIATRA ANTE LA MUERTE DEL NIÑO.

A continuación expondremos los conceptos clínicos referentes a este tema, señalados por el Dr. William M. Easson y por el Dr. J. de Ajuriaguerra en sus respectivos estudios. 9,17

El tipo de reacciones del niño frente a la enfermedad dependerá del carácter agudo o progresivo y de la duración de la enfermedad, de la actitud de la familia, del lugar de tratamiento (en casa o en el hospital); del clima emotivo en el que se encuentran el niño y sus padres en el momento de la enfermedad, del grado de evolución afectiva del niño y de los fantasmas reactivados. En cierta medida, se puede afirmar que cada caso es especial.

Las reacciones familiares hacia el enfermo evolucionan de diferentes maneras. Hay que distinguir tres fases sucesivas a esta evolución, a saber: un período de conflicto inicial, un período de lucha contra la enfermedad y, finalmente, un período prolongado de reorganización y aceptación. Estos tres grados difieren en duración y gravedad de una familia a otra.

Hay que tener en cuenta diferencias de reacción de los padres frente al hecho de tener un hijo enfermo; cuando los lazos familiares son inicialmente fuertes, la misma experiencia dolorosa los fortifica; cuando los lazos son débiles, tienden a debilitarse y mientras el niño puede ser rechazado en determinados casos, en otros puede crear un determinado vínculo. Cuando los lazos son fuertes el niño se incorpora al interior de la familia u-

nida, pero en otros casos el fortalecimiento de los lazos de la pareja puede provocar la exclusión del niño.

La intensidad del juicio que hace el niño, incluso muy pequeño, sobre el malestar psicológico así como las indecisiones -- técnicas del círculo médico, probablemente se trata de una exacerbación crítica originada por la ansiedad; el niño establece un lazo positivo con el servicio hospitalario en la medida en que está físicamente aliviado y se siente atendido eficazmente; es extremadamente sensible a la ansiedad de los familiares. A menudo el niño parece defenderse mediante una identificación con el agresor: el médico.

Para el pediatra se plantea el problema de evaluar las reservas emotivas de los padres, lo que saben de la enfermedad, si desean conocer la gravedad del caso, cuáles son las implicaciones frente a los otros miembros de la familia. Según N. Alby y J. M. Alby, todos los que intentaron comprender las necesidades del niño coinciden en que hay dos actitudes a evitar: guardar el silencio a cualquier precio manteniendo una atmósfera de complot insostenible eludiendo cualquier pregunta del niño relativa a su enfermedad; el niño lo comprende de modo que evita hablar de ello o hablar a secas, lo que no significa que no tenga necesidad de hacerlo; al contrario, "revelar" por norma su diagnóstico y la amenaza que pesa sobre él expresa a menudo en el adulto la necesidad, completamente inconsciente, de "confiar" al niño el peligro que corre como para liberarse de él.

El pediatra puede vivir sus problemas personales, reviviscencia originada por la angustia del niño y de los padres; a veces, a fin de soportar mejor lo ineluctable, el médico puede adop

tar una actitud de investigación científica que le procura un refugio necesario, la justificación indispensable, la esperanza de curar un día, o adoptar una cierta distancia, fruto de su experiencia psicológica, o desahogarse con un especialista, psicólogo o psiquiatra.

G. Rainbault y P. Royer subrayan que, para el médico, las dificultades a nivel de relación aparecen de manera predominante en el momento de la ruptura que coincide con el fin del acto técnico o con los límites del saber médico; encontrándose desasistido, ya no puede sostener la relación y experimenta la necesidad de mantener un mecanismo de defensa viendo solo al niño desde el punto de vista de un enfermo, objeto de praxis e investigación; pierde de vista el rol y lugar del niño en su familia; hiperposeivo, mantiene al niño en su dominio, el hospital, incluso en el caso de una mejoría o, al contrario, prolongando en demasía los exámenes y cuidados de efecto muy dudoso. Un proceso de denegación aparece especialmente en los médicos que no pudieron dialectizar su rol médico en la doble función de agresión y empatía. Durante la relación entre la familia y el médico, la demanda explícita está intrincada en la demanda implícita del médico, siendo a partir de esta confrontación cuando se modela el modo de funcionamiento del médico, determinado por su temática personal a base de sentimientos de culpabilidad, de necesidades de reparación y de combatividad.

Si bien existen enfermedades de evolución progresiva que culminan con la muerte, ésta también puede ser brutal, accidental o debido a una enfermedad aguda, constituyendo entonces para los padres un choque emotivo violento.

Aunque el niño no tiene una clara representación de su --- muerte, tiene miedo de sufrir, de estar "aún más enfermo", de ser apartado. Como dicen Alby y Alby, en algunos casos parece incluso presentir su muerte de un modo ineluctable. En el período terminal, si no está hundido por el malestar físico, habla de lo que le amenaza, muchas veces de manera negativa. Algunos no dicen na da pero rechazan los cuidados, quieren volver a casa reclamándolo de manera especial; la madre puede estar englobada en el rechazo masivo del mundo exterior; el niño se aísla, como si huyera antes del abandono que teme, o que ya no soportará a los que van a dejarlo, que lo abandonan y ya no saben prestarle socorro. Uno de los pocos medios para aliviarlo, aparte de los sedantes, tranquilizantes y antálgicos, consiste en el contacto corporal y (si el niño lo acepta para sí) la expresión verbal de lo que podemos conocer de su sentimiento, de su miedo al abandono, en términos muy concretos y de un modo a veces muy regresivo.

Incluso antes de estar aislado en la muerte, dice G. Rainbault, el niño está separado de los demás vivientes que quieren tranquilizarlo y obrar como si todo fuera bien. Sin embargo, el niño presiente lo que pasa en su cuerpo, ve la tristeza de los de más, sabe que está llamado a morir y solo pide que se le hable de ello, a poco que encuentra a alguien que sea capaz de entablar -- diálogo con él. El niño pequeño percibe la muerte como una separación, como un aislamiento, como una ausencia. Va a faltar para los que quedan y se siente culpable de no estar con los que le aman; se acusa de hacer sufrir a todos los que le rodean y se pregunta por otra parte qué falta ha cometido para ser así castigado.

En el caso de una enfermedad grave evolutiva, la noción de

incurabilidad pone en tela de juicio para el médico el problema de sus conocimientos y de su actitud frente a la impotencia. La muerte forma parte de su problemática personal y social, siendo anulada a menudo por el médico, que no quisiera estar implicado si no ser irresponsable: quiere estar allí para curar y no para ayudar a morir, dejando este rol a los curas, a los pastores y también a los psicólogos. Olvida, sin embargo, que si ésta muerte sella un fracaso en su lucha contra la enfermedad, tiene un rol terapéutico que desempeñar, antes de la muerte, cerca del niño, y más allá de la muerte, cerca de la familia; si no lo hace habrá experimentado un doble fracaso.

El médico se siente culpable, pues la amenaza de la muerte que se cierne sobre el niño lo acusa en su función. Algunos médicos prefieren mantener la ilusión a cualquier precio y no decir nunca, hasta el final, que el niño está aquejado de enfermedad mortal.

La inminencia de la muerte del niño suscita el miedo y la huida tanto en los que lo aman como en los médicos desprovistos de poder; despierta en cada uno de nosotros temores primitivos de abandono. Es la imagen inaceptable, imagen de un proyecto sin cumplimiento.

En el caso de enfermedades crónicas, los padres y la familia están intranquilos desde hace meses o años; a pesar de lo inaceptable que es, la muerte se soporta mejor cuando los padres pudieron hacer un trabajo de duelo progresivo, ocuparse del niño, cuidarlo mejor y mimarlo. Para los padres que ven al niño declinar poco a poco y sufrir, la muerte puede parecerles como una liberación para el niño; las reacciones son menos dramáticas cuando

los padres tuvieron tiempo de habituarse progresivamente a esta muerte.

Cuando la muerte está próxima y no hay remedio, la realidad viene bruscamente a batir en brecha los mecanismos de defensa: este período crítico hace resurgir muchas veces las conductas patológicas observadas durante la elaboración del diagnóstico. El agotamiento emotivo puede conducir a la descompensación de los padres, que hasta entonces habían podido mantener un cierto equilibrio. Se observan reacciones patentes o latentes de abandono; algunos ya no soportan seguir con el niño enfermo y verlo sufrir.

El niño moribundo o condenado a morir necesita cuidados y atenciones especiales. A menudo el facultativo advierte que necesita su mayor destreza para ayudar a la familia del niño que ha muerto; la familia continúa viviendo y como viva y se desarrolle y crezca depende mucho del cuidado y la atención que mostró el médico que atendió a la familia cuando el niño estaba moribundo.

La tarea del médico en cuanto a la familia del niño moribundo puede considerarse en tres procesos, todos ellos relacionados entre sí:

1. INFORMAR A LA FAMILIA.

Cuando se tiene la certeza de que el niño sufre una enfermedad mortal, el médico encargado de asistirlo también tiene la responsabilidad de hacerlo saber a la familia. Si viven los dos progenitores del pequeño, el médico debe solicitar reunirse con ambos y debe programar la cita para que puedan acudir. Incluso si los padres están separados o divorciados, el médico debe pedirles que acudan juntos a la entrevista. Conviene informar de la enfermedad del niño al mismo tiempo a padre y madre para que pue-

dan darse apoyo mutuo en ese momento de crisis. Al enfrentarse a la penosísima noticia, alguno de los progenitores quizá no oiga o comprenda claramente lo que dice el médico, pero si se habla con ellos al mismo tiempo pueden discutir y repasar lo que el médico les ha dicho. Esta última explicación y la reflexión repetida de los dos padres los ayuda a resolver sus sentimientos. Cuando solo acude un progenitor a la cita con el médico, generalmente la madre, tendrá la tarea difícilísima de resolver sus propios sentimientos cuando también deba compartir la noticia con el padre del niño. Es mucho más considerado, brinda mayor sostén y resulta -- más productivo que el médico informe a los dos padres al mismo -- tiempo.

Ante las malas nuevas, los progenitores necesitan todo el apoyo que pueda brindarles el equipo médico. Enfermera, interno y médico residente son muy importantes en la asistencia y el cuidado del niño moribundo, pero no toman las decisiones clínicas finales y, en este momento de vida y muerte, los padres necesitan tener contacto personal directo con la persona en cuyas manos está la existencia de su hijo. Por ello, es muy importante que el médico que tiene la responsabilidad del niño condenado a morir diga la noticia a los padres, la explique fundándose en los datos clínicos, y comparta con ellos los probables planes terapéuticos y metas.

Es muy frecuente que en un servicio hospitalario grande la familia vea muchos médicos y nunca sepa verdaderamente quien tiene la responsabilidad última del pequeño. Pudiera parecer a la familia que el personal médico y de enfermeras evita enfrentarse a esta carga especial de responsabilidad para el niño moribundo,

haciendo que ninguno sea patentemente responsable.

Cuando el médico hace saber por primera vez el estado del niño a los padres, debe decirles si tienen algo que preguntar, pero no habrá de sorprenderse si en este momento poco tienen que interrogar. Ello no significa que hayan comprendido de manera completa o que sepan con exactitud lo que deben esperar; por lo regular los padres están desorientados y anonadados. El médico debe sugerir que vuelvan a reunirse con él en el plazo de una semana, o antes de dos semanas, para contestar a cualquier pregunta que pueda ocurrírseles. Esta cita planeada ulterior brinda a los padres tiempo para responder y reaccionar a lo que se les ha dicho y, en la segunda cita, el médico puede comenzar a trabajar activamente con los progenitores, a compartir y planear, de modo que -- juntos puedan brindar el programa terapéutico óptimo para el niño condenado a morir.

2. REACCION DE LA FAMILIA.

La reacción de la familia puede considerarse desde cuatro aspectos:

a) reacción inmediata: La mente humana no puede comprender de manera completa el significado de la muerte. La muerte es una realidad que no podemos desentrañar completamente. Cuando se dice -- por vez primera a los padres que el niño va a morir, son incapaces de captar todas las cosas que ello significa. Muy a menudo -- la reacción natural inicial es de asombro y choque. Quizá digan que no pueden pensar claramente. Han oído lo que ha dicho el médico, pero no pueden comprender completamente el significado, y -- quizá digan abiertamente que no desean entender.

En la mayor parte de casos ésta reacción de choque disminu

ye gradualmente en varios días, aunque, al igual que cualquier ser humano normal que enfrenta esta situación intolerable, los padres tienden a negar algunas de las realidades perturbadoras de la enfermedad del niño. La negación es una respuesta humana normal y natural a una situación por lo demás insoportable; cierta negación permite a los padres afrontar esta situación y el médico sensato permite la negación razonable. El facultativo siempre debe permitir esperanza, asegurar a los padres que proporcionará al niño la mejor asistencia posible y que no permitirá que el niño sienta dolor innecesario, y les da lugar a esperar que el proceso de morir será fácil.

Los padres deben saber que han hecho todo lo posible por su hijo, de modo que el médico debe apoyar el deseo de consulta y valoración adicionales lógicas. Debe expresar su comprensión de la angustia de los padres, pero señalará con firmeza que ninguna negación puede impedir lo inevitable. Si los padres lo preguntan, el médico les dirá aproximadamente cuánto puede esperarse que viva el niño, pero también les hará saber que hay niños que han vivido mucho más. En este período, cuando los padres reaccionan con choque y confusión, el médico comprensivo les brinda apoyo y dirección y siempre da lugar a la esperanza y a cierta negación.

b) reacción individual: Con los años, todos adquirimos nuestra forma peculiar de enfrentarnos a las situaciones de tensión. En ocasiones de tensión especial nuestra manera característica de enfrentamiento puede tornarse aún más patente. El hecho de que un niño en la familia esté condenado a morir entraña atención para toda ella, y sus miembros manejarán la carga emocional de la misma forma que han acostumbrado resolver las tensiones en lo pasado.

Cuando los miembros de la familia resuelven sus tensiones - en privado, cada uno buscará consuelo por su parte. Cuando los -- miembros de la familia se brindan apoyo mutuo, se acercarán unos a otros.

Por el hecho de que la muerte de un niño sea una tensión es pecial en cualquier familia, el médico encargado no debe esperar - de ella una reacción peculiar o poco corriente. Es verdaderamente una carga emocional fuerte, pero los miembros de la familia tien-- den a resolverla de la misma manera que han resuelto otras tensio-- nes.

c) reacción de aflicción: La aflicción, la reacción especial a la muerte que se acerca incluye tristeza, ira o cólera y reinversión.

La tristeza del duelo es la tristeza de la pérdida, un sentimiento de vacío y de soledad. Los familiares afligidos pueden - buscar asistencia médica para los síntomas físicos de la aflicción o duelo, como cansancio general vago, sensación de presión en tó-- rax o garganta, sensación de vacío en el estómago o de hambre. La tristeza del duelo es la tristeza por el niño que va a morir y la tristeza de aquellos que aún viven pero por último morirán. La -- tristeza del duelo no es depresión; la depresión no es parte nor-- mal de la aflicción o el duelo. Cuando hay depresión hay disminu-- ción de la autoestimación. En la tristeza del duelo no disminuye la autoestimación, incluso puede aumentar. Aunque la persona afli-- gida está triste, puede sentir que aumenta su propio valor al re-- cordar los buenos tiempos y la felicidad compartida con el niño mo-- ribundo. Por sus lágrimas, la madre puede sentirse aún más mater-- nal y capaz como madre cuando recuerda los tiempos felices que tu-- vo con su hijo que la va a dejar. El padre afligido puede sentir--

se más fuerte, viril y paternal al pensar con orgullo y afecto en todas las cosas que ha hecho con el niño que está por partir.

El médico comprende la tristeza del duelo, conoce los síntomas físicos que son parte de la aflicción y debe ser fuente de fuerza y comprensión para la familia. Los familiares quizá se sientan alienados por un médico que parece demasiado frío y lejano, pero se trastornarían más si el médico no puede dominar sus propios sentimientos. La mayoría de los padres por último se encolerizarían mucho con el médico que llora abiertamente o comparte con ellos sus sentimientos de tristeza y desvalimiento. Sentirán que el médico y lógicamente descarga en ellos sus tensiones.

En la cultura occidental, la cólera del duelo no suele comprenderse o tolerarse, pero siempre se presenta. Si el niño moribundo ha tenido especial importancia de alguna manera para la familia, tendrán que reajustar sus vidas y tienen motivo para encolerizarse por ello. Si el niño les ha importado mucho lo cual es lógico, harán de menos la felicidad que les ha traído y tienen derecho a encolerizarse cuando el niño está a punto de abandonarlos. En caso de que hayan rechazado al pequeño, la muerte que se acerca los perturba una vez más y tienen causa para encolerizarse. Si estos padres tenían alguna esperanza para su hijo, muere junto con el niño y sentirán ira. Si soñaban acerca del futuro del pequeño, los sueños se desvanecen y los padres experimentan resentimiento comprensible.

Como por lo regular no reconocemos, apoyamos ni toleramos socialmente la existencia de esta cólera lógica, el médico debe estar especialmente alerta hacia este aspecto normal de la aflicción, de modo que pueda canalizar la cólera cuando se torna patente. Los padres a menudo están perturbados cuando advierten que experimentan-

irritación con el niño moribundo. Sienten el impulso de ser desagradables, exigentes, incluso el impulso de atacar, aunque su propósito no es lastimar al niño: reconocen que no está muriendo porque desear morir - les molesta lo que les está ocurriendo a ellos. Con frecuencia los familiares afligidos dirigen la cólera uno hacia otro en forma de culpa. Se preguntan " si " hubieran hecho esto o aquello, tal vez el niño estuviese bien. " Si " el padre no le hubiera permitido salir bajo la lluvia; " si " la madre hubiera ido por él a la escuela; " si " ... En ocasiones los dolientes vuelven la aflicción hacia el interior. El padre se culpa y la madre afligida se siente -- culpable. Se deprimen y pierden la capacidad de brindarse apoyo mutuo o cuidar del niño.

El médico, la enfermera o el hospital grande y aparentemente impersonal pueden convertirse en blancos de ésta cólera del duelo.

El médico debe tolerar y comprender esta cólera del duelo, pero también debe cerciorarse de que no desorganice el programa terapéutico. A veces puede ayudar a canalizar el enojo productivamente. Es mejor que los padres se sumen a la batalla contra la enfermedad y no que ventilen su cólera contra el equipo terapéutico.

El niño está muriendo; dejará a la familia, y la familia -- que queda debe prepararse para seguir viviendo. Durante el proceso normal de duelo, los dolientes poco a poco retraen su inversión emocional en la persona moribunda y reinvierten su energía en el mundo que seguirá viviendo. Este fenómeno de reinversión emocional suele ser gradual y ocurre en varios meses; pero cuando los lazos emocionales han sido mínimos, el retraimiento de la familia puede ser repentino y muy completo. En casos de que los lazos entre el niño y la

familia hayan estado cargados de dolor, ansiedad y enojo, las relaciones terminan más fácilmente y la familia halla que es más fácil reinvertir emocionalmente en otro campo.

Cuando la familia afligida retira demasiado pronto sus lazos emocionales, pierde interés en el niño moribundo, que quedará aislado y solo. Si la familia no comienza a reinvertir de manera significativa mientras el niño aún vive, se enfrentará a la necesidad repentina y aguda de hacerlo cuando muera el pequeño. En casos de que los dolientes no puedan hacer una reinversión emocional, estarán atados al recuerdo del niño muerto y ello dificultará el desarrollo emocional e intelectual de la familia.

En ocasiones, es muy difícil o imposible conservar el interés de la familia por el niño condenado a morir. Si es muy pequeño quizá nunca se haya convertido en individuo para ellos. La madre que lo ha llevado en el vientre durante el embarazo quizás sea la única interesada en el pequeño. Si el niño ha estado enfermo desde el nacimiento o desde etapa temprana de la lactancia, los miembros de la familia han tenido poca oportunidad para establecer lazos emocionales fuertes con el pequeño, de modo que se cortan fácilmente. Si la enfermedad repetida o crónica ha mantenido al niño lejos del hogar, la familia puede haberse separado emocionalmente del niño mucho antes de la última enfermedad, de modo que tendrá poco interés en el pequeño, aunque esté condenado a morir.

Con mucha frecuencia el médico y la enfermera se percatan de que el niño y los padres afligidos han acordado, sin cruzar palabra, proporcionarse alejamiento emocional. En caso de que el niño moribundo se interese profundamente por la familia, puede tratar de evitarles la angustia del duelo al permitirles que se alejen, inclu-

so ayudarles a que lo hagan. Dado que le lastimaría mucho ver a sus padres lamentarse, el niño moribundo puede alentarlos a interesarse por otras cosas y otras personas. Como se interesan en forma tan sensible, el moribundo y la familia doliente pueden decirse adiós demasiado pronto, y dejar al niño que muera solo.

Muchas veces morir es un proceso largo. Las medidas médicas y quirúrgicas tienen éxito y los pacientes tardan en morir. El médico y la enfermera pueden retrasar el estado patológico, pero quizá no sean capaces de impedir el proceso de duelo o aflicción. Con mucha frecuencia el equipo terapéutico tiene que enfrentarse a niños moribundos y familiares dolientes cuando la familia ya ha completado el duelo y reinvierte sus emociones antes que el niño haya muerto. El niño sigue físicamente vivo, pero emocionalmente está muerto para su familia; es un muerto en vida. Durante todo el proceso terapéutico el médico debe trabajar con la familia del pequeño para conservar su interés por el niño. Debe reconocer que los miembros de la familia están desatando sus lazos emocionales. En estas circunstancias, quizá desee alentar al equipo terapéutico para que se acerque más al niño y tome el lugar de la familia, cuyo proceso de duelo y de reinversión ha sido prematuro.

d) reacción a la muerte del niño: Cuando el niño muere, la familia se enfrenta a una realidad inevitable. Con frecuencia hay una reacción familiar breve e intensa al volver a vivir sus reacciones al niño moribundo: choque embotador, la respuesta individualizada a la tensión aguda y la exacerbación de la reacción de duelo. Para muchas familias, cuando el niño muere la respuesta emocional ya es completa o casi se ha completado, de manera que la

reacción final a la muerte del pequeño puede ser breve y con pocas secuelas. Para otras, la realidad de la muerte permite que se complete rápidamente el trabajo necesario del duelo. Por último, están tristes, se enfrentan a la última cólera y reinvierten en un recuerdo que fué y el futuro que habrá de ser.

3. REACCION DEL MEDICO AL NIÑO MORIBUNDO Y A LA FAMILIA AFLIGIDA.

La asistencia del niño moribundo y de la familia a menudo es tarea emocional muy difícil para el médico. Como cualquier otro ser humano el facultativo necesita guardar una distancia cómoda con las realidades de la muerte -la muerte que sobrevendrá a todos, a sus pacientes, a él mismo-. Cuando trata al niño moribundo y a la familia, es muy difícil conservar una sensibilidad adecuada hacia sus pacientes y al propio tiempo una distancia personal tolerable de la muerte. El médico quizá establezca su distancia emocional al ver al niño moribundo y a la familia como problema clínico interesante, una pieza nosológica o patológica. Con una multiplicidad de pruebas y amplia gama de tratamientos, puede explorar este problema, y al propio tiempo agotar al paciente y a la familia. Como la muerte de un niño y el duelo de una familia suscitan ansiedades en el médico y en otros miembros del equipo terapéutico, quizás eviten estas tensiones perdiendo interés en el paciente; pasan rápidamente al lado de la cama y van a otros enfermos que vivirán, y por ello, los perturban menos. Si el médico está sobre aviso en cuanto a su propia necesidad humana natural de bloquear algunas de las realidades de la muerte, puede tener cuidado de que sus reacciones emocionales de autoprotección no le impidan brindar al niño y a la familia todo el cuidado y atención que necesitan.

Para el médico, la muerte del niño que se acerca es una carga emocional y, al igual que todos los que tratan al niño, resolverá sus tensiones emocionales particulares en la forma como lo ha hecho. El médico compulsivo se tornará aún más preciso y metódico, el que se preocupa lo hará en mayor medida, y el que racionaliza intelectualizará todavía más. Estas son formas humanas normales de enfrentarse a la tensión, pero el médico, como cabeza del equipo terapéutico, necesita tener sensibilidad para ciertas tensiones a las que se enfrentan él y sus colegas de modo que, en la medida de lo posible, las disminuya y asegure que las respuestas individuales a la tensión no perjudiquen al niño moribundo ni a la familia afligida.

Igual que la familia, el médico tiene lazos emocionales con el niño moribundo, y también pasará por un período de aflicción. Tendrá que enfrentarse a su tristeza, resolver su cólera y reinvertir sus intereses y su energía en otra cosa. El médico quizá descubra que la tristeza le deja menos energía para hacer su trabajo y le obliga a depender en mayor medida de su propia familia para alivio y consuelo. Igual que a los familiares del pequeño, el médico tiende a descargar el enojo sobre su propia familia, sobre el paciente, o sobre las personas con quienes trabaja. Los pediatras parecen a menudo volver esta cólera hacia ellos mismos. Sienten que han fracasado de alguna manera. Titubean para cobrar a la familia la asistencia que han proporcionado, porque experimentan esta culpa, aunque la enfermedad del niño haya evolucionado exactamente como se esperaba y como se explicó a la familia. De cuando en cuando, el médico advierte que descarga la ira sobre la familia del pequeño; si la familia doliente está encolerizada y -

también lo está el médico, a veces esta cólera compartida origina estallidos que van en contra de la terapéutica. El médico debe comprender la cólera que se presentará si tiene algún lazo emocional, como de hecho lo tiene, con el niño moribundo. Debe asegurarse de que la cólera o enojo se canalice de manera que ayude a sus pacientes.

En su propio duelo, el médico pasa por un período de reinversión emocional, pero debe cuidar mucho de no hacerlo antes que el niño, el paciente del cual está encargado, haya muerto. Su tarea, su responsabilidad, deben dirigirse hacia este paciente mientras el niño lo necesite y pueda utilizar sus servicios. El médico no tiene la libertad emocional de reinversión completa o de terminar su propio duelo antes que el pequeño haya dejado de vivir. El médico debe ser muy sensible a esta tendencia natural a retraer su interés del paciente y dirigirlo hacia otra cosa.

La práctica pediátrica a menudo es experiencia gozosa. El médico trata jóvenes muy vivos, ayuda a niños a crecer y estar sanos, y trata pacientes que responden a una asistencia adecuada. El pediatra es guía y protector del niño; en ocasiones incluso -- contra los padres y las autoridades. Al morir un niño, el pediatra quizá sienta que la muerte es contraria a todo aquello por lo cual lucha. Si bien todos los médicos se enfrentan a su propia lucha al morir sus pacientes, el pediatra experimenta más que otros carga emocional pesada cuando tiene que tratar al niño moribundo. HA buscado las alegrías especiales que entraña tratar con los jóvenes; debe aceptar también las especiales angustias.

BIBLIOGRAFIA

1. Anstey; Test de Dominós. Manual, Editorial Paidós.
2. Azorín, Poch Fco.; Curso de muestreo y aplicaciones. - Editorial Aguilar., cap. 1-4, México, 1972.
3. Bennet, G.; If I were dean. Lancet 1:86-87, 1978.
4. Berdie, R.F.; Likes dislikes, and vocational interest. J. Appl. Psychol., 1943 27. p.p. 180-9.
5. Byran, C.S.; Personality and medical students. Editorials. Journal of the south Carolina Medical Association, 74 (5) p.260-2, May 78.
6. Calvin y Hall, La Teoría Psicoanalítica de la Personalidad. Editorial Paidós.
7. Carter, H.D.; Vocational interests and job orientation. Appl. Psychol. Monogr., 1944, no. 2.
8. Daniel, Wayne W.; Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. Ed. Limusa, México 1979
9. De Ajuriaguerra, J.; Manual de Psiquiatría Infantil. Editorial Toray-Masson, S.A., Tomo III, Barcelona, 1976.
10. Fenichel, Otto., Teoría Psicoanalítica de las Neurosis Editorial Paidós, Buenos Aires, 1966.
11. Freud, Anna. El Yo y los Mecanismos de Defensa. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1979.
12. Freud, Sigmund. Obras Completas.
13. Guess, J.D.; The organization man of medicine. J. South Carolina Med. Assoc. 11:301, 1915.
14. Harper, Paul A.; Preventive pediatrics. Appleton-Century-Crofts, 1962.
15. Hathaway, S.R. y McKinley, J.C.; The Minnesota Multiphasic Personality Manual. Psychological Corporation--New York, 1951.
16. Hendrick, I.; Work and pleasure principle. Psychoanal. Quart., 1943, 12, p.p. 299-317.
17. Lascari, André D.; Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Edit. Interamericana, Nov. 1972.
18. Lankau, Paul V.; Mental Hygiene in Public Health, 2nd. Ed. New.

19. Martínez, Pedro D.; Notas sobre Pediatría. Boletín Médico del Hospital Infantil. Vol.8, 1951, p.p. 735-742.
20. Martínez, Pedro D., Paul, D., Benjamín, Bost., Crawford., García, M., La práctica pediátrica en relación con la cultura. Revista Mexicana de Pediatría. Tomo XXXI, Num.5, sept-oct, 1962, p.p. 176-195.
21. Maslow, A.H. ;The instinctoid nature of basic needs.-- J. Pers., 1954,22, p.p. 326-347.
22. Nelson, Waldo E.; Tratado de Pediatría. Editorial Salvat, 5a edición. México, 1967, p.p.1, 12-15.
23. Nuñez, Rafael; Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-Español (Manual). El Manual Moderno, México, 1951.
24. Nuñez, Rafael; Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad a la psicopatología MMPI. El Manual Moderno, México, 1979.
25. Plutchik, Robert.; Fundamentos de investigación experimental, 2a. edición, pag.64.
26. Rivera, Ampudia y cols. El MMPI en la detección precoz de las alteraciones mentales en poblaciones universitarias. Revista Psiquiatría APM, vol.6, no.2 mayo-agosto, 1976, México.
27. Rivera, Monzón, Lucio, Ampudia.; Investigación sobre la interpretación automatizada del MMPI para estudiantes universitarios. Revista Psiquiatría APM, Vol.8 no. 2, mayo-agosto, México, 1978.
28. Roe, Anne.; Psicología de las profesiones. Biblioteca Marova de Estudios del Hombre. España, 1972.
29. Sánchez, Salvador; Estudio comparativo entre estudiantes de Psicología y Pedagogía. Tesis de Licenciatura, U.N.A.M. 1979.
30. Seltiz; Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales. Editorial Interamericana. 1966.
31. Shao, Stephen P.; Estadística para economistas y administradores de empresas. Editorial Ed.Herrero Hermanos 15a.ed., México, 1979.
32. Spiegel, Murray R.; Estadística. Serie Schaum. Mc.Graw-Hill, México, 1975.
33. Super, D.E. ; The Kuder preference record in vocational diagnosis. J.Consult.Psychol., 1947, 11, p.p.184-93.

34. Super, D.E.; Appraising vocational fitness by means-- of psychological tests. New York: Harper, 1949.
35. Super, D.E.; A theory of vocational development. Amer. Psychol., 1953, 8, p.p. 185-90.
36. Thomas, C.B.; What becomes of medical students: the -- dark side. Johns Hopkins Med. J. 138: 185-95, 1976.
37. Thorndike, E.L.; The interests of adults. II. The inter relations of adult interests. J. Consult. Psychol., --- 1954, 18, p.p. 212-214.
38. Terroella, Julio M.; *Pediatría*. Méndez Oteo Editor. Mé- xico, 1a. edición, 1977. p.p. 13-14, 1018.
39. Tyler, L.E.; The relationship of interests to abilities and reputation among firstgrade children. Educ. Psychol. Measmt., 1951, 11, p.p. 255-264.
40. Unsigned; Personality and practice, J. South Carolina -- Med. Association. 61: 351-6 , 1960.
41. Valenzuela, R.H.; *Manual de Pediatría*. Editorial Intera- mericana, México, 7a ed., 1967, p.p. 11,12,29,35.
42. Yamane, Taro.; *Estadística*. Editorial Harla, 3a. edición México, 1973.
43. Young, Robert K.; Veldman, Donald J.; *Introducción a la estadística aplicada a las ciencias de la conducta*. Bi- blioteca Técnica de Psicología. Ed. Trillas, México, 1978.