

870125

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"Estudio Comparativo de la Escala 8 del MMPI entre
un grupo de Ciegos y un grupo Control"

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARIA DE LAS MERCEDES OROZCO ALVAREZ MALO

Guadalajara, Jal. Octubre 1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
CEGUERA Y ESQUIZOFRENIA.	5 a 10
-PERSONALIDAD ESQUIZOIDE	11 a 13
-TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD.	14 a 19
-TRASTORNO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD.	20 a 24
-ESQUIZOFRENIA (Def.)	25 a 27
CAPITULO II	
CARACTERISTICAS DEL INVIDENTE	28 a 45
-Desarrollo	
-Lenguaje	
-Agudeza sensorial	
-Inteligencia	
-Personalidad y adaptación del invidente.	
CAPITULO III	
ANTECEDENTES DE INVESTIGACION - CON EL INVENTARIO MULTIFASETICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI) EN MEXICO.	46 a 54
CAPITULO IV	
METODOLOGIA	55 a 61
-Población, Muestra, Muestreo.	
-Hipótesis, estadísticas y reglas de decisión.	
-Comparaciones a posteriori.	
CAPITULO V	
ANALISIS DE DATOS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.	62 a 86
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	87 a 89
BIBLIOGRAFIA	90 a 91

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

En toda cultura, en toda sociedad, nos encontramos con una proporción más o menos considerable de personas con limitaciones físicas o intelectuales; que les dificultan el llevar una vida normal y de desempeñarse adecuadamente dentro de la sociedad en que viven. De estas incapacidades, la ceguera ocupa un lugar muy importante. Se considera, y con justa razón, que perder la vista es una de las mayores desgracias que le pueden ocurrir a un individuo.

Existe una larga tradición cultural detrás del ciego, por lo general ha sido reverenciado como adivino o profeta. Los ciegos fueron a menudo personas dotadas y respetadas, y algunas veces llegaron a ser poetas y transmisores de las tradiciones orales.

La historia relata que en tiempos remotos, la ceguera era considerada un castigo de los dioses y aún las mismas personas ciegas tenían esa convicción. De la misma manera, se han ido creando una serie de ideas falsas en torno a la ceguera, a través de los tiempos. Si revisamos la literatura, encontraremos que se les atribuía ciertos poderes ocultos a los ciegos, contándose entre estas facultades; la visión interna, la clarividencia y percepciones extrasensoriales; estas explicaciones-

sobrenaturales sobre la ceguera han sido sustituidas paulatina mente por explicaciones naturalistas y más lógicas. Históricamente, han sido los filósofos, quienes más han contribuido para cambiar esas explicaciones.

Va desde el siglo XIII los problemas psicológicos de la ceguera recibieron especial atención. Los filósofos Locke y Berkely y posteriormente Diderot teorizaron acerca de las percepciones sensoriales del ciego y en especial sobre cómo reaccionaría ante sus primeras impresiones ópticas si recuperara la vista repentinamente.

Desde los inicios de la psicología científica, Williams James, Guillermo Wundt y otros investigadores, discutieron en sus obras los problemas relacionados con la ceguera y especialmente la percepción especial de estos.

A partir de entonces hasta la actualidad, se han dedicado una gran cantidad de estudios a investigar las diversas implicaciones de la ceguera, tanto en el área social, familiar, como de ajuste personal y de adaptación. Se han estudiado exhaustivamente características tales como la agudeza sensorial y la percepción de obstáculos en los ciegos.

Sin embargo, uno de los puntos en el que no se ha profundizado suficientemente es en el de explorar la psicopatología de los ciegos. Específicamente, en estudiar si existe es -

quizofrenia, así como rasgos esquizoides que podamos encontrar en personas invidentes, ya que cuando la ceguera es congénita no trae tantos problemas de adaptación, desarrollo de su personalidad y aceptación de su limitación como en la ceguera adquirida.

Durante la reunión nacional de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Biológica, celebrada en la ciudad de Guadalajara en el año de 1981, tuvimos la oportunidad de participar en la discusión sobre las alteraciones electroencefalográficas, encontradas en los pacientes esquizofrénicos y que consisten en un aumento de las ondas Alfa. Por otro lado se mencionó acerca de la ausencia de tales ondas en las personas invidentes. Relacionándose esto a la falta de estímulos luminosos sobre la corteza cerebral debido a su defecto. Esto condujo a la siguiente pregunta: ¿Cómo será el EEG en un esquizofrénico invidente? Los especialistas en psiquiatría y psicología de diferentes partes del país, incluyendo maestros del renombre del Dr. Dionisio Nieto y Dr. José Dorazco V., nos inquietamos ante el hecho de que no existen (al menos a nuestro alcance) un número importante de ciegos que sufren esquizofrenia. Ahí nació nuestro deseo de investigar la presencia de índices de esquizofrenia en un grupo de sujetos invidentes, los que teóricamente tendrían menos elementos de esquizofrenia, detectados en una -

prueba de personalidad, en comparación de un grupo control tomado al azar.

Nuestro principal objetivo es comprobar si en el grupo de personas invidentes se encuentran menos índices de esquizofrenia o índices esquizoides detectado mediante la escala 8 -- del MMPI, en comparación con un grupo control no invidente.

/ Nuestra hipótesis de trabajo es: "Existe diferencia estadísticamente significativa en la escala 8 del MMPI, entre el grupo control y el grupo experimental. (invidentes, no invidentes)".

CAPITULO I
CEGUERA Y ESQUIZOFRENIA

CEGUERA Y ESQUIZOFRENIA

1.1 DEFINICION, GRADOS Y CAUSAS.

Ceguera, en su acepción más simple, significa falta de visión. El concepto preventivo es, sin embargo, diferente. Un ciego no es sólo aquel que no puede ver, cuyos ojos no perciben la luz, sino también aquel cuya visión no es suficiente para realizar vida activa y trabajo. Muchas personas pueden percibir la luz y aún ver los objetos en determinadas condiciones, pero no pueden valerse por sí mismas. Esta condición puede derivar de defectos genéticos o congénitos de conformación del ojo o de accidentes o enfermedades que han alterado el mecanismo de la visión. Hay pues, un margen entre la ceguera absoluta y la capacidad útil de visión. La agudeza visual es, por lo tanto, el factor más importante de considerar en el problema de la ceguera.

En la práctica, por razones legales y de necesidad de atención, es fundamental tener un criterio preciso en relación al grado de disminución de la agudeza visual que debe existir para considerar ciega a una persona.

Cuando se requieren definiciones cuantitativas para fines administrativos y legales, se define generalmente la ceguera como: "agudeza visual de 20/200 o menos, en el mejor ojo -

con la corrección adecuada, o una limitación en el campo visual de tal forma que su diámetro más amplio subtienda a una distancia angular inferior a 200 grados" (American Foundation for the Blind, 1961).

Se dice que una persona tiene una agudeza visual de 20/200 si debe mirar desde 20 pies para leer una letra estandar que una persona puede leer a 200 pies.

El criterio varía bastante en los diferentes países. En Alemania, el límite de ceguera es 1/25 de agudeza visual; en Francia, 1/20; en México, 1/10; en Inglaterra 20/400; en Canadá y U.S.A. 20/200.

Una persona con visión 20/200 y con anteojos adecuado no aparecería como ciega para un observador no médico. Con este grado de visión es posible caminar por las calles y hacer algún trabajo en el hogar, pero la lectura no es posible a menos que se usen lente telescópicos.

Las definiciones funcionales varían de acuerdo con los propósitos que se deseen alcanzar. Así tenemos "visión de movimiento", "visión en la obscuridad" etc. así como también "ceguera educativa". Por su importancia práctica se ha estudiado más sistemáticamente la ceguera educativa. Los ciegos educativos son aquellas personas que poseen una visión tan deficiente que no pueden ser educados por medio de la vista. Su educación

debe realizarse primariamente a través de los sentidos auditivo, cutáneo y kinestésico. El ciego educativo puede leer y escribir por el método Braille. Muchos estudios han indicado la falta que existe de una relación estrecha entre las definiciones médico/legales y las definiciones más funcionales de la disminución visual. Muchos niños legalmente ciegos pueden leer impresos grandes e incluso escritos en letra común. Muchos otros pueden distinguir objetos grandes con cierta facilidad lo cual los capacita para moverse y tener sentido de orientación (visión de movimiento), y los más tienen alguna percepción de luz (visión de la oscuridad).

La ceguera puede ser causada por enfermedades infecciosas, tales como: toxoplasmosis, rubeola, sífilis, tuberculosis, Blenorragia, viruela y otras; así como también por lesiones, intoxicaciones, tumores, enfermedades generales y causas prenatales no específicas, éstas continúan siendo la categoría etiológica principal de la ceguera, es difícil establecer que la herencia sea la causa, pero sin duda es un agente etiológico importante.

La mayor incidencia de la ceguera ocurre en la edad media de la vida y posteriormente. Los niños sufren principalmente de defectos visuales que disminuyen la agudeza visual. Alrededor de un 4% de los niños, tiene dificultad para la visión o

para la lectura a consecuencia de desequilibrios musculares o de fracaso estrabismo. Entre 10 y 25% de los niños de diferentes edades, necesita anteojos para ver con claridad.

Muchos de estos defectos son congénitos o hereditarios y debidos a defectuosa conformación del globo ocular, sin tener relación con ninguna enfermedad determinada.

A medida que se aumenta en edad, los defectos visuales y la ceguera son más frecuentes: por enfermedades tales como la catarata y el glaucoma. En los países industrializados, un gran porcentaje de ceguera se debe a traumatismos en los ojos.

En los niños, el 45% de la ceguera se debe a enfermedades prenatales, el 17% a enfermedades infecciosas, el 16% a factores genéticos (como la retinitis pigmentosa), el 8% a traumatismos, y el resto a causas varias entre las que se mencionan tumores, tóxicos, etc.

El siguiente cuadro está referido a las causas más comunes de ceguera en la infancia.

CAUSAS DE ATROFIA OPTICA EN LA INFANCIA

I.- HEREDITARIA

Atrofia optica infantil dominante autosómica.

Atrofia óptica infantil forma recesiva.

Atrofia optica de Leber.

II.- LESION LOCAL:

Glioma del nervio óptico.

Craneofaringioma.

Enfermedad desmielinizante.

Medicamentos: estreptomycin, isoniacida, sulfamidas, clg rafenicol, atropina.

Encefalitis y Meningitis (a veces combinadas con efectos medicamentosos).

Intoxicación plúmbica.

Las consecutivas a traumatismos o agente físico.

Traumatismos craneoencefálico.

III.- ATROFIA OPTICA COMO PARTE DE UN TRASTORNO MAS EXTENSO:

Hidrocefalia.

Parálisis cerebral.

Microcefalia.

Lipoidosis y Lincodistrofias

Ataxias hereditarias

Craneostenosis

Sifilis congénita.

PERSONALIDAD ESQUIZOIDE 301.2 SEGUN DSM II

La personalidad esquizoide (Blewer), o esquizotímica - (Kretschmer) se caracteriza por incongruencia de la vida afectiva, asociada de manera característica a una personalidad -- con vida social deficiente, este tipo de personalidad evita - relaciones íntimas o prolongadas con otras personas. Su sistema adaptativo es el aislamiento, la reclusión y muchas veces - la excentricidad. Existe un pensamiento autista, excesivo en - sueño y una incapacidad de expresar hostilidad.

En la personalidad esquizoide la vida afectiva carece - de resonancia. Se siente solo, incomprendido y aislado. Es tímido, vergonzoso por su apariencia, a menudo insatisfecho de - sí mismo reservado y suspicaz; todo esto hace que se sienta - herido constantemente.

En la niñez es tímido, docil y obediente, con frecuen - cia lo atormentan sus compañeros de juego quienes lo conside - ran "raro". Es silencioso e insociable, puede presentar una - excesiva sensibilidad a los signos de desagrado o rechazo de - las personas que viven con él.

Muchas de estas personas sensibles, sufren porque se - sienten aisladas; aunque el aislamiento puede empezar como un mecanismo adaptativo, dificulta el proceso de socialización y

formación de relaciones sociales con los demás durante los -- años de desarrollo. Sus pensamientos son desconocidos aún para sus amigos, ya que rara vez confían en alguien. Muchos tienen sentimientos de inferioridad y de incomodidad en las relaciones interpersonales, y se apartan del sexo opuesto.

Las realidades ásperas y las experiencias frustrantes de la vida se vuelven demasiado dolorosas para algunos de estos individuos frágiles y sensibles; esto los hace retraerse a un mundo de fantasía.

Los miembros más atractivos de este grupo son amables y sinceros, pero también son de emociones apagadas, taciturnos, insociables y dados a la práctica de ritos y cultos a causa - de su falta de espontaneidad, dan la impresión de ser personas indiferentes, indolentes e incoloras. Los miembros menos atractivos a menudo son individuos fríos, reservados e insensibles, casi siempre celosos de los adaptados y felices. En la - adolescencia habitualmente son voluntariosos, desobedientes, - testarudos, caprichosos, pasivamente tercos, irritables y se - ofenden fácilmente, se resisten a los consejos y a las correcciones.

En este individuo insensible y desconfiado no es raro en - contrar como característica una confianza en sí mismo que es - de origen compensador, y surge de un sentimiento de inseguri -

ridad, el cual estimula a su vez actitudes defensivas y reacciones que tienden a aumentar y complicar los problemas de adaptación.

El esquizoide desconfiado que espera y recibe desaprobaciones e insultos, se siente más seguro cuando soporta en silencio su autocontrol y su enojo vengándose, por así decirlo, cuando sueña despierto, imaginando como podría castigar y destruir a sus pretendidos adversarios. En realidad muy pocos esquizoides pertenecen al tipo sensitivo o al tipo insensible puros. En la mayoría encontramos características de ambos grupos.

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípico son categorías diagnósticas nuevas. En el pasado, el término esquizoide se aplicaba a los individuos que presentaban déficit en la capacidad para establecer relaciones sociales. Además este término fue aplicado a los individuos que presentaban diversas excentricidades en la comunicación o en la conducta. Debido a que pruebas recientes sugieren una posible relación entre este último grupo de individuos y una historia familiar de esquizofrenia crónica, estos pacientes se diagnostican en este manual separadamente, como afectos de un trastorno esquizotípico de la personalidad. El término se aplica a esta categoría porque, además, los rasgos que la definen se hallan frecuentemente en individuos con esquizofrenia tipo residual.

Algunos casos previamente diagnosticados como esquizofrenia borderline latente o simple, es posible que sean clasificados en este manual como trastornos esquizotípicos esquizotípicos de la personalidad.

Los individuos con déficit en la capacidad para esta -

blecer relaciones sociales pero sin excentricidades de la comunicación o de la conducta, se diagnostican aquí como - afectos de un trastorno esquizoide de la personalidad, aun que el término aparezca en otras clasificaciones y sugiera una relación con la esquizofrenia.

301.20 Trastorno esquizoide de la personalidad.

El rasgo esencial es un trastorno de la personalidad (los rasgos de personalidad son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo y se hacen patentes en un amplio margen de importantes con textos personales y sociales. Solo en el caso de que los rasgos de personalidad sean inflexibles y desadaptativos, - causen incapacitación social significativa, disfuncionalismo ocupacional o malestar subjetivo se habla entonces de - trastorno de la personalidad) en el que existe un defecto en la capacidad para establecer relaciones sociales, puesto de manifiesto por la ausencia de sentimientos cálidos - y tiernos hacia los demás e indiferencia a la aprobación, la crítica y los sentimientos de los demás. Este diagnóstico no debe hacerse cuando se den las excentricidades en el lenguaje, la conducta o el pensamiento característico de - la personalidad esquizotípica, o cuando la alteración sea-

debida a un trastorno psicótico, como la esquizofrenia.

Los individuos que padecen esta alteración parecen tener muy poco o ningún interés en involucrarse en relaciones sociales y, por lo general, prefieren ser "solitarios" y tener pocos amigos íntimos, si es que tienen alguno. Parecen reservados, retraídos, cerrados y por lo general persiguen intereses solitarios. Los individuos que tienen esta alteración suelen carecer del sentido del humor, son lentos y sin el afecto apropiado a las situaciones en las que sería de esperar una respuesta emocional determinada. Por lo general, parecen fríos y distantes.

SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. Los individuos que presentan esta alteración, a menudo son incapaces de expresar agresividad u hostilidad. Pueden parecer vagos respecto a sus objetivos, indecisos respecto a sus actos, autoconcentrados, mentalmente ausentes y distanciados de su ambiente. A menudo hay un exceso de sonar despierto.

A causa del déficit de las habilidades sociales, los hombres que presentan esta alteración son por lo general incapaces de salir con muchachas y de casarse. Las mujeres pueden llegar al matrimonio tras aceptar pasivamente el cortejo.

DETERIORO. Las relaciones sociales estan, por definición, - gravemente restringidas. El funcionamiento laboral puede hallarse alterado, particularmente cuando es necesaria la relación interpersonal. Por otro lado, los individuos que presentan esta alteración en algunos casos pueden ser capaces de obtener un alto rendimiento laboral en situaciones en las que se trabaja bajo condiciones de aislamiento social.

COMPLICACIONES. Algunos creen que la esquizofrenia puede presentarse como una complicación a esta alteración, aunque otros consideran que, en tales casos, el trastorno esquizoide de la personalidad representa meramente una fase prodromica de la psicosis.

FACTORES PREDISPONENTES. El trastorno esquizoide de la niñez o de la adolescencia, predispone al desarrollo del trastorno esquizoide de la personalidad.

PREVALENCIA. Aunque la prevalencia es desconocida, una proporción significativa de individuos que trabajan en labores que suponen poco o escaso contacto con los demás o que viven en zonas aisladas de las ciudades, pueden padecer esta alteración.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. En el trastorno esquizotipico de

la personalidad existen excentricidades en la comunicación o en la conducta y estas excluyen el diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad.

En el trastorno de la personalidad por evitación, el aislamiento social es debido a la hipersensibilidad al rechazo, pero hay un deseo de establecer relaciones sociales cuando existen garantías de aceptación incondicional. En cambio, los individuos con trastorno esquizoide de la personalidad no tienen ningún deseo de tener relaciones sociales.

En el trastorno esquizoide de la niñez y la adolescencia existe un cuadro clínico similar, y este diagnóstico de alguna manera predice el diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad cuando el individuo es menor de 18 años.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO ESQUIZOIDE
DE LA PERSONALIDAD

Los criterios siguientes son característicos del funcionamiento actual y a largo plazo del individuo, no están limitados a episodios de enfermedad y pueden causar afectación significativa en el funcionamiento social o laboral, o bien dar lugar a molestias subjetivas.

- A.- Frialdad y distanciamiento emocional y ausencia de sentimientos.
- B.- Indiferencia a la aprobación, a la crítica o a los sentimientos de los demás.
- C.- Amistades íntimas de no mas de una o dos personas, entre las que se incluyen los miembros de la familia.
- D.- No existen excentricidades del lenguaje de la conducta o del pensamiento, característicos del trastorno esquizo típico de la personalidad.
- E.- Todo ello no es debido a un trastorno psicótico del tipo de la esquizofrenia o del trastorno paranoide.
- F.- Si se presenta por debajo de los 18 años, no reúne los criterios trastorno esquizoide de la niñez o de la adolescencia.

301.22 Trastorno esquizotípico de la personalidad.

El rasgo esencial es un trastorno de la personalidad en el que existen diversas normalidades del pensamiento, de la percepción, del lenguaje y de la conducta, que no son su ficientemente graves para reunir los criterios de esquizofrenia. No hay ningún rasgo en particular que aparezca siem pre. La alteración en el contenido del pensamiento puede in cluir pensamiento mágico (o en los niños preocupaciones o fantasías extravagantes) ideas de referencia o ideación paranoide. Las alteraciones perceptibles pueden incluir ilusiones recurrentes, despersonalización, o desrealización (no asociada a crisis de angustia). A menudo, el lenguaje muestra peculiaridades marcadas; los conceptos pueden ser expresados de forma poco clara o extraña o las palabras se usan de forma anormal, pero nunca hasta el punto de perder capacidad asociativa o de presentar incoherencia. Con frecuencia aunque no siempre, las manifestaciones conductuales suponen la presencia de aislamiento social y un afecto restringido o inapropiado, que interfiere en las relaciones más personales.

SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. Son frecuentes las mezclas variadas de ansiedad, depresión y otros estados de ánimos disfor-

ricos. También suele haber rasgos del trastorno límite - - (borderline) de la personalidad y en algunos casos pueden estar justificados ambos diagnósticos. Durante los periodos de intenso, pueden presentarse síntomas psicóticos - - transitorios. A causa de las particularidades del pensamiento, los individuos que presentan este trastorno tienen facilidad para las convicciones excéntricas tales como creencias religiosas fanáticas marginales.

DETERIORO. Por lo general, siempre hay un tipo de interferencia social o laboral.

COMPLICACIONES. Pueden presentarse complicaciones psicóticas tales como la psicosis reactiva breve.

ANTECEDENTES FAMILIARES. Existen algunas pruebas de que la esquizofrenia crónica es más frecuente entre los miembros de la familia de los individuos que presentan un trastorno esquizotípico de la personalidad entre la población en general.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. En la esquizofrenia tipo residual, existe una historia de fase activa de esquizofrenia con síntomas psicóticos. Cuando los síntomas psicóticos se presentan en un trastorno esquizotípico de la personalidad, son -

transitorios y no tan graves. En el trastorno esquizoide de la personalidad y en el trastorno de la personalidad por evitación, no existen extravagancias de la conducta, del pensamiento, de la percepción o del lenguaje tal como ocurre en el trastorno esquizotípico de la personalidad. Frecuentemente, los individuos con un trastorno límite de la personalidad también reúnen los criterios del trastorno esquizotípico de la personalidad; en tales casos, deben registrarse los dos diagnósticos. En el trastorno por despersonalización, no hay anormalidades del pensamiento, del lenguaje y de conducta aunque, en algunos casos raros ambas alteraciones pueden coexistir.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO ESQUIZOTIPICO DE LA PERSONALIDAD

Los criterios que se enumeran a continuación son característicos del funcionamiento actual y a largo plazo del individuo no están limitados a episodios de enfermedad y provocan bien una incapacitación significativa del funcionamiento social o laboral, o bien malestar subjetivo.

A.- Por lo menos cuatro de los síntomas siguientes:

- 1) pensamiento mágico, por ejemplo, superstición, clarividencia, telepatía, "sexto sentido", "los otros pueden percibir mis sentimientos"
- 2) ideas de referencia
- 3) aislamiento social, por ejemplo, ausencia de amigos o de confidentes íntimos; los contactos sociales se encuentran limitados a las tareas cotidianas.
- 4) ilusiones recurrentes, sensación de presencia de una fuerza o de persona que no están realmente presentes (por ejemplo sentía como si mi madre muerta estuviera conmigo en la habitación), despersonalización o desrealización no asociadas a crisis de angustia.
- 5) lenguaje extraño (sin pérdida de capacidad asociativa o incoherencia) por ejemplo, lenguaje depresivo, vago superelaborado, circunstancial y metafórico.

- 6) relación inadecuada en la interacción cara a cara, -
debido a un afecto restringido o inapropiado.

B.- El trastorno no reúne los criterios de esquizofrenia.

ESQUIZOFRENIA 295

(Clasificación del DSM II)

DEFINICION.

Psicosis no atribuidas a cuadros físicos mencionados anteriormente. Incluye un grupo de Psicosis en las cuales existe alteración fundamental de la personalidad, distorción característica del pensamiento, sentimientos frecuentes de ser controlado por fuerzas extrañas, delirios que pueden ser bizarros, la percepción está alterada, afecto anormal sin guardar relación la realidad y autismo, sin embargo se mantiene su capacidad intelectual y su conciencia clara. Las alteraciones de la personalidad tienen que ver con sus funciones más básicas, - - aquellas que dan a la persona normal su sentimiento de individualidad. Identidad y autonomía. La persona esquizofrénica - - siente que sus pensamientos, sentimientos y actos íntimos son conocidos o compartidos con otros. Y pueden llegar a desarrollar delirios explicativos respecto a las fuerzas naturales o sobrenaturales que influyen en su pensamiento y acción. El esquizofrénico se considera a sí mismo como el eje de todo lo -- que ocurre. Son frecuentes las alucinaciones especialmente las auditivas, éstas pueden dirigirse al paciente o referirse a él. La percepción está alterada en otras formas; características -

irrelevantes pueden volverse muy importantes y junto con sentimientos de pasividad pueden conducir al paciente a creer - que las situaciones y objetos cotidianos poseen un significado especial, comunmente siniestro dirigido hacia él. En la característica esquizofrénica de la perturbación del pensamiento, los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto total que son inhibidos con una actividad mental dirigida normalmente ocupan un primer lugar y son utilizados en lugar de elementos relevantes y apropiados a la situación. Así el pensamiento se vuelve vago y oscuro, y su expresión en el lenguaje algunas veces incomprendible el grado de que existe un término la esquizofasia, los bloqueos y las interpolaciones - en el curso del pensamiento son frecuentes y el paciente puede estar convencido de que sus pensamientos están siendo retirados por un agente externo. El ánimo es superficial, caprichoso o incongruente puede haber un cierto grado de perplejidad, la ambivalencia y las alteraciones volitivas pueden presentarse como inercia negativismo o estupor, o puede existir una catatonia. El diagnóstico de esquizofrenia, no debe hacerse a menos de que exista o haya sido evidente durante la misma enfermedad alguna alteración característica del pensamiento, -- percepción ánimo, conducta o personalidad, y de preferencia - en dos áreas de éstas como mínimo. El diagnóstico no debe reg

tringirse a afecciones que llevan un curso crónico de deterioro.

CAPITULO II

CARACTERISTICAS DEL INVIDENTE

CARACTERISTICAS DEL INVIDENTE

2.1 DESARROLLO:

Podemos afirmar, basándonos en investigaciones realizadas, que el desarrollo de los niños ciegos es comparable al de los niños videntes.

El niño ciego progresa, al igual que el vidente, en lo que respecta a los modelos básicos de postura, manipulación, - locomoción, exploración, lenguaje y conducta social, confirmando de esta manera, el papel básico de la maduración.

Gesell observó que la ceguera por sí misma, no produce retraso grave; lo que sucede en realidad es que, debido a la - carencia del control visual, el niño muestra una conducta de - orientación atípica, porque no establece ninguna coordinación - ojo-mano y su cabeza permanece en una posición media por espacio de largo tiempo. Muchos niños ciegos muestran un desarrollo normal a pesar de su ceguera total. Sin embargo, la ceguera produce limitaciones en tres principales aspectos, como distingue Lowenfeld:

- a) La limitación en el rango y la variedad de las experiencias.
- b) La limitación de su capacidad para manejarse.
- c) La limitación en el control del medio ambiente y -

del yo en la relación con el mismo.

Lowenfeld sostiene también que la visión permite un contacto más eficaz y un control del medio ambiente mejor al que permiten los otros sentidos, por lo que, la falta de visión produce una desvinculación del mundo físico y en un grado menor del mundo social; en consecuencia, el ciego se ve afectado de distintas maneras a lo largo de su desarrollo. Este factor juega un papel muy importante en el aprendizaje de conductas tales como caminar, hablar, jugar, expresar las emociones y otras muchas acciones en que el aprendizaje se lleva a cabo mediante la imitación visual.

a) La limitación en el rango y variedad de las experiencias se refiere, sobre todo, al hecho de que el ciego se ve precisado a conocer el mundo y los objetos que le rodean, por medio de los sentidos, principalmente, -el tacto y la audición- y su conocimiento se ve limitado a aquellas cosas que le son accesibles.

Al determinar la importancia de estos dos sentidos como instrumentos cognoscitivos, es necesario comprender sus funciones básicas. La audición nos da ciertas indicaciones en lo que respecta a la distancia y a la dirección del objeto, -siempre y cuando este sea sonoro, pero no nos transmite ninguna idea concreta respecto a los objetos como tales, o sea que la audición no brinda una idea acerca del tamaño y la forma -

del objeto. Es únicamente por medio del tacto, que va a conseguir información a este respecto.

La importancia de la audición radica fundamentalmente en el área de la comunicación verbal, de la locomoción y en general, en cuanto indicador de señales auditivas.

Por lo que respecta al tacto, es el único sentido especial que interviene en la apreciación del mundo circundante por parte del ciego, y ésta difiere de la percepción visual del vidente. Esto se explica en base al hecho de que la percepción táctil requiere de un contacto directo con el objeto que está siendo observado. Puesto que el ciego necesariamente confía en gran parte en la percepción táctil, ciertos objetos que no pueden ser tocados son difíciles de comprender, por ejemplo, el sol, objetos muy grandes, objetos muy pequeños, objetos frágiles, muchos objetos móviles, algunos seres vivos que cambian de forma o se caracterizan por variación en el color. Esto es un claro inconveniente para el ciego.

b) La limitación de su capacidad para manejarse supone la dificultad de moverse independientemente. Algunas de las causas de su movilidad restringida son, entre otras: la dificultad para moverse en espacios no familiares; la capacidad limitada para percibir los objetos distantes, sobre todo aquellos que están fijos; demasiados estímulos auditivos que lo --

confunden; otra causa menos evidente pertenece al área de la motivación, ya que algunos ciegos no cuentan con suficientes incentivos para desplegarse independientemente, teniendo que apoyarse en la ayuda de otras personas.

Uno de los factores relacionados con la capacidad de moverse en el contorno, es el llamado "Percepción de los Obstáculos", al cual se le ha dado especial atención porque se creía que el ciego tenía la capacidad de evitar obstáculos aún sin tener contacto corporal con ellos. Lo que sucede que es la persona ciega hace uso de otros sentidos para movilizarse, especialmente de la audición, el cual no es utilizado por el vidente para este fin, y de esta forma, puede percibir señales auditivas de objetos en movimiento, la cercanía de otras personas, etc. Esta habilidad es la que ha hecho creer que el ciego posee una capacidad sensorial supranormal.

Una serie de experimentos iniciados en los años treinta y continuado durante un periodo de más de 25 años, han demostrado que "el sentido de los obstáculos" es una reacción muy específica a señales auditivas no reconocibles, principalmente el eco, que previene al individuo sobre la presencia de los obstáculos.

La movilidad en el ciego se altera marcadamente a causa de otros impedimentos, especialmente el daño auditivo. No

es raro encontrar una relación significativa entre los umbrales auditivos de las personas ciegas y su movilidad relativa.

Otros aspectos de la movilidad que hay que dejar bien diferenciados son los conceptos de orientación mental y de locomoción física.

Lowenfeld proporciona una definición de Orientación mental de la siguiente forma: es el reconocimiento de un área de sus relaciones y temporales con uno mismo. Este reconocimiento incluye típicamente un "mapa mental" del área dentro del cual, la persona ciega se orienta a sí misma como si se moviera hacia su destino. Cuando realiza el movimiento recoge las señales (ruidos, ecos, cambios en el nivel del piso, corrientes de aire, olores) que le confirman o le hacen dudar de la exactitud de su orientación mental. Por otra parte el Diccionario de Psicología, 1934, pág.154, define a la locomoción-física como "el movimiento del organismo de un lugar a otro por medio de sus mecanismos orgánicos".

Ambas funciones sirven para la movilidad pero son de naturaleza diferente.

Para la locomoción la persona ciega se vale de varios medios tales como un bastón, un perro guía, así como también la ayuda humana. De estos medios, el perro guía y el bastón proporcionan al ciego mayor movilidad. El uso de guías humanos

es rara vez satisfactorio, pues limita más al desplazamiento de ciego y produce más dependencia.

Descartes encaminó en su libro *Dioptrics*, el mecanismo por el cual el ciego puede movilizarse casi a la perfección - golpeando con su bastón "como si pudiera ver" los obstáculos - que se presentan a su paso. "sin una larga práctica, este tipo de sensación es bastante confuso y oscuro, pero si se observa a un hombre nacido ciego que ha empleado tales sensaciones durante toda su vida, se verá que siente las cosas con tal exactitud que casi se puede decir que ve con sus manos..."

En general, la capacidad para moverse independientemente, una habilidad que el individuo con visión normal aprende con poca o ninguna instrucción formal, es algo que requiere de entrenamiento en el ciego.

c) La limitación en control del medio ambiente y del yo en la relación con el mismo. La incapacidad del niño ciego para controlar su medio ambiente es responsable de su temor a que está siendo observado por los demás. Puesto que no puede determinar cuando ésta observación comienza o acaba, a menudo hace intensos intentos por dominarse, y eso hace que se vuelva tenso y ansioso. Además, no puede saber cómo reaccionan ante él, y esto puede aumentar su turbación. Esta inquietud aparece desde muy temprana edad, cuando el niño se da cuenta de que

los demás pueden decirle que es lo que él está haciendo sin necesidad de tocarlo, algo que es incapaz de hacer.

Su relación con el medio está limitado, puede obtenerse información mediante la comunicación verbal y de esta forma, mantener contacto con su medio ambiente físico y social, pero esta eficacia no siempre se conserva porque en un momento dado las personas pueden dejar de hablar de manera que el ciego no se entere de su presencia; así también, el ciego está privado de importantes indicadores sociales, por ejemplo, siendo la -- visión un factor importante en la comunicación interpersonal, -- para observar las expresiones sociales de gestos y movimientos de las personas el ciego en vez de mantener un contacto con -- los ojos con su interlocutor, como lo hacen las personas norma -- les cuando conversan, suelen desviar la cara hacia otro lado, -- lo que suele interpretarse por los demás como una falta de -- atención o de aburrimiento.

Estas interpretaciones erróneas aún más la conexión -- que puede tener el niño ciego con su ambiente social.

2.2 LENGUAJE,

El lenguaje es el factor más importante en el contacto social y en el desarrollo de la personalidad; la ceguera no -- afecta gravemente el lenguaje, sin embargo, es evidente un -- cierto grado de retraso, el progreso en esta área es más lento

en los niños ciegos. En los videntes, el aprendizaje del habla se lleva a cabo principalmente, por medio de las limitaciones; el niño, en cambio, no recibe ninguna ayuda por este medio, no puede ver los movimientos de los labios y de la boca ni los movimientos del cuerpo a los gestos que acompañan al lenguaje, sólo puede, en efecto, aprender lo que oye y mediante observaciones táctiles ocasionales.

También debemos considerar el hecho de que el niño ciego no cuenta con incentivos visuales como serían las sonrisas de los padres o sus gestos de aprobación cuando empieza a verbalizar, incentivos éstos que motivan al vidente para la adquisición del lenguaje.

La ceguera dificulta también la formación de conceptos verbales, ya que el niño ciego aprende a nombrar muchos objetos sin tener ninguna experiencia real o idea de ellos, a este fenómeno se le ha denominado "irrealidad verbal".

Cuando han aprendido el lenguaje hablado, los niños ciegos se dedican a usarlos más que los videntes, tienden a hacer más preguntas, principalmente acerca de los objetos que les rodean.

Ciertamente no hay deficiencias o habilidades especiales de lenguaje en la persona ciega; muestra, eso sí, una mayor confianza en los medios verbales de expresión, y llega a -

ser muy sensible a las ligeras variaciones de las inflexiones-
tono y altura del habla de los demás.

2.3 AGUDEZA SENSORIAL

Una teoría generalizada y sumamente arraigada es la -
que supone que la pérdida de un sentido es compensada por una-
mejoría más o menos automática de la agudeza de los otros sen-
tidos. El hecho evidente de que los ciegos pueden aprender a -
utilizar sus sentidos mejor que los que disponen de vista, es-
algo que brinda un cierto apoyo a esta teoría.

Sin embargo, en las investigaciones realizadas hasta -
la fecha, se evidencia que el ciego no es superior al vidente-
en su agudeza sensorial.

Hayes investigó la memoria de los niños ciegos (memori-
zación, reconocimiento de hechos pasados y memoria l6gica) y -
no encontró ninguna superioridad en estas áreas. Llega, pues,-
a la conclusión de que "en cuanto a la memoria, lo mismo que -
en el campo de la sensación, la compensación no es un regalo,-
sino la recompensa de un esfuerzo perseverante. Por tanto, - -
cualquier eficiencia superior del ciego en la interpretación -
de los datos sensoriales, tiene que ser a la fuerza el resulta-
do de una gran atención, una larga práctica, un proceso de --
adaptación y un incremento en el uso de las facultades restan-

tes.

Otra creencia muy definida es que los ciegos tienen una capacidad superior para decifrar las voces humanas; es verdad, que por medio de la práctica llega a reconocer diferencias muy sutiles en el tono de voz como indicadores de estados emotivos, pero sus juicios a este respecto no son más exactos que los de los videntes. Lo que sucede es que para el ciego, la interpretación de la voz, basándose en la variedad de timbres y en la modulación, constituye una fuente de experiencias sociales muy interesante, porque es para ello el indicador más importante del carácter de una persona y suele ocurrir que se basa exclusivamente en estas interpretaciones para formarse juicios con respecto a los demás.

2.4 INTELIGENCIA

Cualquier prueba o instrumento que intente evaluar la inteligencia del niño, deberá interpretarse con reserva, principalmente si se trata de un niño preescolar, debido a que, además de las limitaciones de tipo técnico que presentan las pruebas psicométricas, tales como adaptaciones especiales o estandarización, deberán tomarse en cuenta también las limitaciones en el aprovechamiento escolar del niño debido a la insuficiencia de oportunidades para aprender y escasez de estímulo.

ción que da la experiencia restringida.

El éxito de cualquier prueba de inteligencia depende, en buena parte, del aprendizaje. En realidad, el modo en que se desenvuelva un niño en una situación de prueba, depende no solo de su capacidad para aprender. La capacidad del niño ciego está restringida debido a las limitaciones de su medio ambiente, por lo que no tiene las mismas oportunidades para aprender que un niño vidente. En consecuencia, su puntuación en la prueba puede ser baja, aunque su capacidad innata sea considerable. Se ha encontrado que otro tipo de evaluaciones tales como las basadas en la madurez social y las observaciones del pediatra, el psicólogo el oftalmólogo y otros que conozcan al niño, son más confiables.

De cualquier manera, existen pruebas especiales para medir la inteligencia del ciego; siendo la más importante la escala de Weschler, prefiriéndose la parte verbal para el ciego total, y toda la escala para el vidente parcial. Otras pruebas de inteligencia para ciegos son la de Hayes-Binet y el Cattell Item Analysis Data.

Estudios realizados mediante la utilización de estas pruebas han demostrado que la ceguera, por sí sola, no afecta la capacidad intelectual; y que si se ha encontrado una proporción más o menos considerable de bajos puntajes en el nivel -

mental de niños ciegos, frecuentemente se debe a que tanto la ceguera como el retraso mental, pueden ser consecuencias ambas de una causa primaria; ejemplos muy comunes son la meningitis y la encefalitis que pueden producir pérdida de la visión, y a la vez, menoscabo intelectual; y lo mismo sucede con lesiones intracraneales al nacer, o problemas congénitos.

En su trabajo titulado "Blindness in Children", Norris llega a la conclusión de que el desarrollo intelectual de los niños ciegos, no inválidos por otra causa, es similar al de los niños videntes. "El retraso en niños ciegos, ya tratándose de un caso en particular, se relaciona casi invariablemente con factores de la situación total del aprendizaje del niño, como falta de oportunidades para aprender y para lograr independencia. La falta de reconocimiento de la disposición para aprender y el no proporcionarle oportunidades para el aprendizaje, son razones importantes del retraso en el desarrollo normal".

Otros autores enfatizan la importancia que tiene la forma en que ha sido criado el niño para considerar su inteligencia. A muchos niños ciegos se les considera retrasados porque su enseñanza se ha limitado y no se les ha permitido poner en juego el máximo de sus capacidades.

La potencialidad mental de un individuo no crece ni

disminuye con la ceguera. Su nivel funcional puede disminuir - en la medida en la que la sociedad no le proporciona experiencias que le permitan balancear las limitaciones impuestas por su deficiencia sensorial.

Por tanto, podemos concluir afirmando que, cuando la ceguera es independiente de la deficiencia mental o de la lesión cerebral las capacidades intelectuales básicas del ciego no difieren del nivel de las de los niños con visión normal y sus puntajes son comparables con los de la población en general.

2.5 PERSONALIDAD Y ADAPTACION DEL INVIDENTE.

No existe una "psicología del ciego". Los ciegos no se caracterizan por tipos o rasgos especiales de personalidad, ya que, éstos varían de acuerdo a factores tanto genéticos como ambientales y a las experiencias vitales del niño. El niño ciego vivencia el mundo que le rodea de una manera completamente distinta a la de los niños videntes, es por eso que enfrenta dificultades especiales y, podemos suponer que, a causa de éstas, es más propenso a sentirse bajo tensión y albergan sentimientos de inseguridad y frustración. Estos sentimientos se encuentran también en personas que padecen otros tipos de anomalías o incapacidades que afectan el desarrollo de la personalidad al limitar la posibilidad de llevar una vida normal de - -

acuerdo a las exigencias de la sociedad.

Desde su nacimiento, el niño enfrenta una serie de problemas de adaptación que se inician con la actitud que los padres asumen ante el hijo y su incapacidad, y ésta a menudo implica sentimientos que son mezcla de afecto, rechazo, hostilidad y culpa, y en el caso de niños incapacitados este afecto se convierte frecuentemente en sobre protección, limitando la oportunidad de que el niño se sienta independiente y adquiriera confianza en sí mismo.

Los padres demasiado indulgentes tratan de anticipar a sus menores deseos, habituándose a no hacer nada por sí mismos, satisfaciendo todos sus gustos, y librándose de responsabilidades.

Esto hace que el niño encuentre dificultades para ajustarse socialmente pues se vuelve exigente, egoísta y demanda atención constantemente. Otra actitud de los padres es tratar de negar las limitaciones del niño, sobre-estimando su capacidad y exponiéndolo a situaciones frustrantes, al esperar de él actos que es incapaz de realizar.

Cualquier impedimento generalmente hace que el niño se sienta inseguro de sus capacidades para reaccionar adecuadamente y tomar decisiones acertadas, pero la mayoría de los problemas de ajuste que presentan los niños ciegos, se deben más fre

cuentemente a la capacidad o actitud de los padres hacia el niño y su impedimento que a la incapacidad visual misma.

Para que se lleve a cabo una adaptación normal, es necesario que en el hogar exista una situación familiar estable, relaciones emocionales sanas, armoniosas, y una actitud consecuente y bondadosa en el manejo del niño.

Un niño imposibilitado para ver no puede gozar de todas las experiencias abiertas al niño normal, como serían las oportunidades para jugar, trabar amistad con otros niños y para aprender. Para compensar estas carencias, requiere de más ayuda y de que se le brinde mayor cantidad de estímulos que al vidente, así como también mayor libertad para moverse, motivarlo a ser curioso y explorar su mundo, manipular objetos que le proporcionen variadas experiencias, como juguetes de diferentes formas, tamaños y texturas, objetos sonoros y, en general, alentárseles para hacer la mayor cantidad de cosas posibles dentro de los límites de su desarrollo y su impedimento.

El aprendizaje de la movilidad ha sido reconocido por los educadores y especialistas en rehabilitación como una parte esencial para el ajuste del ciego, ya que el permitirle mayor independencia y mayor libertad para desplazarse, amplía la posibilidad de expansión social, aumenta el número de sus experiencias y favorece el desarrollo de una personalidad más ade-

cuada. La falta de estas oportunidades, limita en gran medida su relación con el medio, lo que va a ocasionar que el niño se introvierta refugiándose en sus fantasías, las cuales están referidas principalmente a la aceptación social y al anhelo de una vida sencilla y con menos exigencias.

La falta de estimulación hacia que el niño se concentre en sí mismo y tienda a autoestimularse, esta es el origen de ciertas conductas presentes en los niños ciegos conocidos como "Ceguerismos", algunos de estos; son: el tocarse los ojos con los dedos, balancear el cuerpo, rotan e inclinan la cabeza, etc. Estos tienden a desaparecer a medida que el niño crece, pero mientras están presentes, dificultan sus relaciones al resultar molestias para los demás.

Comunmente se encuentran ciertos atributos de la personalidad entre los niños ciegos. En general, son extraordinariamente sugestibles, se sienten inferiores, tienen muchas reacciones de temor, pero aceptan su invalidez sin amargura. Los niños ciegos dicen que prefieren ser ciegos que sordos. Son, además, indebidamente sensibles, carecen de iniciativa, se desaniman fácilmente, pero no son rígidos o retraídos. Tienen por centro su yo y son menos competentes socialmente que los niños videntes. La razón es su dificultad para trasladarse de un lugar a otro y para conocer a las personas. En lugar de estar ne

cesariamente dispuesto para su comodidad, y como resultado de ello, se le concede mucha libertad y se les exige de responsabilidad.

La persona ciega, temiendo que está siendo observada, a menudo hace intentos especiales por dominarse y se vuelve tensa y ansiosa. Está muy consciente de que otros los observan, pero no puede darse cuenta de cómo reaccionan ante él; esto -- puede aumentar su turbación.

Hay un grupo de niños ciegos que presentan un cuadro desconcertante. Han sido denominados por varios investigadores como lesionados del cerebro, afásicos, psicóticos y esquizofrénicos. Todos son retrasados, y los problemas emocionales son importantes. Por su aspecto, estos niños son frágiles y tienen poco tono muscular. Destreza sencilla como vestirse, alimentarse y el control del intestino y la vejiga son adquiridos con dificultad o no los adquieren.

Algunos hablan en una edad temprana y luego cesan. -- Otros nunca han hablado. Otros rasgos son retraimiento y falta de interés por las personas. Algunos tienen buena memoria y muchos disfrutaban del juego rítmico. Hacen movimientos extraños -- con las manos golpean con la cabeza y se dan palmadas en la cara, etc.

A pesar de todo lo expuesto anteriormente, aunque el -

nifio ciego presenta limitaciones, es capaz de compensar sus deficiencias y lograr un ajuste normal si cuenta con la oportunidad y los medios para desarrollar sus potencialidades.

Los problemas de ajuste personal y social, no se debe a la ceguera en si, sino a factores tales como el concepto que el ciego tiene de si mismo, la confianza en sus capacidades, - las actitudes de los demás hacia él y su limitación, la aceptación social y las oportunidades de educación y trabajo que se le brinda.

CAPITULO III

ANTECEDENTES DE INVESTIGACION CON EL INVENTARIO MULTIFASETICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI) EN MEXICO.

ANTECEDENTES DE INVESTIGACION CON EL INVENTARIO
MULTIFASÉTICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI) EN MEXI
CO.

En el año de 1964, cuando estuvo en México el Dr. Hahaway logró entusiasmar a un grupo de estudiantes de psicología dando como resultado algunos estudios realizados con el MMPI. En 1967-1968, Pelta, Sales y otros realizaron una investigación en ciudad Sahagún, Hgo. con obreros y campesinos, para obtener datos sobre la personalidad de ese grupo; se utilizó el MMPI y la prueba T.A.T. (modificada). Los sujetos fueron 50 obreros y 50 campesinos con sus respectivas esposas, sus edades fluctuaron entre 18 y 56 años, el nivel de escolaridad fue más baja en los campesinos y esposas que entre los obreros.

Las puntuaciones medias para las escalas del MMPI fueron las siguientes:

ESCALAS	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
OBROS	6	14	11	12	22	15	22	24	12	27	32	22	31
ESPOSAS													
OBROS	6	15	13	18	27	23	26	31	16	33	40	21	37
CAMPESINOS	5	18							17		44		

Los campesinos presentan un perfil característico de-

las personas con baja escolaridad, el perfil de sus esposas es bastante similar.

Sánchez, Avila e Izaguirre (1970) realizaron un estudio con objeto de establecer normas para el MMPI en adolescentes mexicanos. En una muestra representativa de E.N.P. de la UNAM (239 mujeres y 672 hombres). El perfil general de estos mostró una elevación en las escalas 2 y 8. Concluyendo que el adolescente mexicano tiende a ser individualista con intereses filosóficos y religiosos, desconfiados y mostrando con frecuencia un exceso de preocupación y sentimientos de culpa.

Rivera (1971), realizó un estudio de 60 estudiantes de la facultad de Medicina de la UNAM, de sexo masculino con edad promedio de 19 años, con objeto de comparar el MMPI y el HVI. Este estudio fue realizado a través de una serie de correlaciones entre las escalas de los 2 inventarios. Concentro gran número de correlaciones entre los dos inventarios. Las escalas que sobresalieron en el MMPI fueron la 8, 9 y 4.

Navarro (1971), publicó un estudio, el cual fue realizado con objeto de investigar las influencias del sexo, edad y nivel de inteligencia (Medida por la prueba de Dominos) sobre las puntuaciones T de las escalas básicas del MMPI, en dos grupos de jóvenes: 144 hombres y 144 mujeres. Encontró diferencias significativas entre los puntajes T de los hombres y de

las mujeres en las escalas L, K, 2,3,5,7,8,9 y 0. Se obtuvieron niveles significativos debido a la edad (las cuales fueron de mayor magnitud que las debidas al sexo) en las escalas L,F-K,3,7,8,9 y 0. Unicamente la escala 5 mostró diferencias significativas asociadas con los niveles de inteligencia, correspondiendo el puntaje más elevado al nivel de inteligencia alta.

Dominguez (1973), realizó un estudio comparativo de las características de la personalidad de un grupo de 60 mujeres estériles, con otro de 60 mujeres fértiles con el MMPI. Encontró que las escalas más altas del grupo formado por mujeres no estériles fueron la D con T 62. La Es con T 59 y la Ma con puntuación T 59. En el perfil de las mujeres estériles se presentaron como mas altas las escalas 2 y 8, con T 59 y T 62 respectivamente, con una escala L alta con T 69.

Casabal, Wingerman (1974) realizaron un estudio de características de la personalidad utilizando MMPI en una muestra representativa de la generación 1973 de la facultad de psicología. Del total de la población solo el 66% contestó el inventario, de los cuales 199 fueron mujeres y 168 hombres. La edad fluctuó entre los 18 y 25 años. Se aplicó el MMPI en forma colectiva en grupos de 60 alumnos. Se concluyó que si existen características específicas de personalidad en el perfil del MMPI en el estudiante de psicología, se mantuvieron eleva-

das las escalas (8) y (7) lo que significa que son sujetos que poseen tendencias perfeccionistas, exigentes consigo mismos, - incapaces de tomar decisiones debido a inseguridad. La clave de Welsh para el total de hombres de la población fue:

87 14" 92' 3(35) ; 5: 9: 17

y la del total de mujeres fue:

8 74" 1' 923(35) ; 6:8: 17

Polanco y Traconi (1975), realizaron un estudio clínico de enfermos escolépticos. (columna desviada) Se aplicó el MMPI a los pacientes hombres y mujeres que fueron sometidos a una intervención quirúrgica para su corrección física. Este se aplicó antes y después de la corrección física. Se obtuvieron 2 tipos de datos. Llegaron a las siguientes conclusiones:

Antes de la operación denotaban una mentalidad esquizoide, eran egocéntricos individualmente, difíciles en sus relaciones interpersonales, aislados y después de la intervención quirúrgica estas características se hicieron menos acentuadas o sea que casi volvieron a la "normalidad". Se observó que el tener una nueva imagen física, su capacidad para relacionarse, para convivir con sus semejantes aumentó. Su nivel de depresión y pesimismo disminuyó.

Serra Padilla (1976), realizó una investigación en una institución militarizada en el D.F. cuyo objetivo fue obtener-

el perfil de personalidad de los jóvenes que ingresan a estudiar de internos en una escuela militarizada. La población estudiada la integraron un grupo de jóvenes después de aprobar una serie de exámenes para lograr ingresar como internos. La población fue de 607 jóvenes de los cuales 51 sujetos con escolaridad mínima de secundaria y máxima de preparatoria. En el presente estudio se utilizó la forma abreviada del MMPI en la que se utilizan únicamente los primeros 399 reactivos de la forma que contiene 566, difiriendo solamente en las escalas K y 0. Se obtuvo la siguiente codificación: 892741 -- (50) 6: 6:7 17.1. Se observó una ligera elevación en las escalas 8 y 9.

En 1976 Rosa M. Martínez y Ma. Luisa B. Soberanes realizaron un estudio cooperativo con el MMPI entre pacientes htéricos y pacientes esquizofrénicos. En pacientes hospitalizados en el sanatorio Floresta durante los meses de febrero a septiembre de 1976. La muestra comprende dos grupos:

- 1.- 30 pacientes de grupo femenino con diagnóstico psiquiátrico de histeria.
- 2.- Formado por 30 pacientes del sexo femenino con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia.

Ambos grupos de edades entre 30 y 35 años, con escolaridad mínima de primaria; comprende 3 clases sociales; alta, media y baja.

Obteniendo las siguientes conclusiones para el primer-grupo; en las escalas de validez tienden a dar respuestas socialmente aceptadas, en relación a valores morales, pero integramente presentan una perturbación emocional que ocasiona sean inestables, insatisfechos, reveldes e inconformes, además poseen un concepto inadecuado de sí mismas.

En cuanto a las escalas clinicas son personas egocéntricas, presentan irritabilidad hacia el mundo que les rodea, tienden a presentar un concepto pobre de sí mismas, lo que les produce cierta angustia; son impulsivas y tienen inclinación de culpar a la gente de sus problemas y dificultades psicológicas, dependen en gran medida de la opinión, ya sea de aprobación o rechazo de los demás, por esto tratan de cuidar la imagen que proyectan de sí mismas. Son personas inmaduras con poca capacidad de demora, si no obtienen la rápida satisfacción a sus deseos tienden a angustiarse, lo que les provoca que traten de solucionarlos por medio de la fantasía o de la manifestación del medio ambiente por el cual emplean la energía que poseen.

En cuanto a las escalas de validez del " grupo; son personas rígidas, posesivas e inseguras de sí mismas, ya que por su incapacidad de comprender sus propios problemas y su cuadro agudo de perturbación emocional, las hace buscar la fox

ma de defenderse de alguna manera de esa debilidad psicológica, para defenderse de alguna forma de la realidad.

Escalas clínicas. Son personas que poseen un concepto-inadecuado de sí mismas, se aíslan, con conflictos internos graves y su inmadurez y su pensamiento primitivo los hace adoptar una conducta extraña y peculiar, además de hostil y agresiva hacia el mundo externo, durante sus episodios psicóticos - suelen ser indecisas y sumamente exigentes, tienen dificultad para relacionarse con las personas ya que se encuentran en un estado de confusión tan desorganizado que no les permite una relación adecuada con los demás. Son personas sumamente desconfiadas encauzan su energía hacia la agresividad, cuando se les toca algún punto de contenido ideacional que les despierte algún núcleo afectivo.

Comprobación de hipótesis: HI.- La prueba del MMPI discrimina en forma cuantitativa y cualitativa entre pacientes histéricos y esquizofrénicos en las escalas Hs, H1 y Es, por lo que se acepta la H1 en cada una de las escalas.

a) COMPARACION DE LOS EFECTOS CULTURALES Y DEL SEXO SOBRE LA VALIDEZ DEL MMPI.

Overall y Gómez Mont. presentaron evidencias de que mucha de la variabilidad confiable en los perfiles clínicos del MMPI habitual. Está presente en los primeros reactivos. El promedio de las correlaciones entre la forma larga y el MMPI -168 es de $r=.88$.

Neumark y colaboradores reportan que la correlación promedio entre la forma larga y el MMPI-168 fue de $r=.88$ para 70 hombre y de $r=.88$ para 70 mujeres.

Newmark y Finch compararon la forma usual del MMPI y el MMPI -168 con diagnósticos hospitalarios. En 232 pacientes, hubo discrepancia en el 12% de los perfiles comparando con el de hospitalarios de psicólogos y la clasificación algo rítmica usando el MMPI -168. En cambio la discrepancia con el MMPI largo fue de 16%.

Los hombres tienen calificaciones más altas en las escalas clínicas de psicopatía (dp) y esquizofrenia (es). Estos hallazgos se presentaron consistentes en los perfiles del MMPI -168 y del MMPI-566.

La muestra de estudiantes mexicanos evidenció calificaciones más altas en hipocondriasis (hs), depresión (D), deg

viación psicopática (Dp), L, F y K. La muestra de estudiantes norteamericanos, evidencia una elevación promedio más alta en las escalas de paranoia (Pa), psicastenia (pt), esquizofrenia (es), manía (ma) e introversión social (si).

CAPITULO IV
METODOLOGIA

METODOLOGIA

POBLACION, MUESTRA, MUESTREO.

Sujetos invidentes entre los 13 y 24 años, con ceguera congénita o adquirida, de sexo masculino, su escolaridad varía de sexto año de primaria a primeros semestres de profesional y nivel socio-económico medio bajo, estando registrados en el "Instituto del niño ciego".

Además, sujetos no invidentes del sexo masculino entre 15 y 23 años, con escolaridad de primero y segundo de preparatoria, sin antecedentes psicopatológicos y de nivel socioeconómico medio.

De la primera población se toma una muestra de 25 sujetos mediante un muestreo accidental ya está constituido el grupo, puesto que forman parte de la Casa del Niño Ciego y se le denominó grupo I. De la segunda población se tomó una muestra de 25 sujetos, por un muestreo al azar de un centro educativo.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION E INSTRUMENTOS DE MEDICION.

Se examinó cuidadosamente cada uno de los reactivos del MMPI y se procedió a eliminar aquellos que se consideran inadecuados en su contenido para las personas invidentes, y estas fueron revisadas por el Dr. Rafael Nuñez, quien dió la aprobación para la eliminación de los siguientes reactivos:

Escala L = 60, 135

" F = 66, 85, 256, 291

" K = 183

" Hs= 188,274

" D = 159

" Hi= 6, 128, 188, 213, 274

" Dp= 183,

" Nf= 1, 4, 70, 77, 81, 87, 213, 223, 261, 262, 278 .

" Pa= 291

" Pt= 159, 344, 346

" Es= 159, 291

" Ma= 166

" Si= 262,278

El procedimiento para la recolección de información de las dos poblaciones, fue por medio de una entrevista con los directores de ambas instituciones, en la cual nos proporcionaron datos generales de los sujetos seleccionados en las muestras.

El instrumento de medición utilizado fue el MMPI, enfocando nuestro interés sobre la escala Es. La escala mide esquizofrenia, esto relacionado a que los esquizofrénicos, se ha visto que la mayoría muestran un EEG normal con exceso de on-

das alfa, por lo que se ha considerado a estos como disturbios, como un síndrome de Bioritmo alfa.

La aplicación de la prueba fue realizada en forma individual para el grupo de invidentes, a quienes se les leía la prueba, por lo tanto cada aplicación duraba aproximadamente dos horas, ya que en ocasiones se les tenía que volver a leer el reactivo debido a que no entendían o no habían oído. Se nos proporcionó la biblioteca de la institución para la administración de las pruebas.

En el grupo control la aplicación fue grupal en un salón de clases, por lo tanto, la duración fue de una hora aproximadamente.

Nuestra hipótesis de trabajo es: "Existe diferencia estadísticamente significativa en la escala 8 del MMPI, entre el grupo control y el grupo experimental. (invidente, no invidentes)".

HIPOTESIS ESTADISTICAS Y REGLAS DE DECISION.

1. $H_0: \mu_{SI} = \mu_{SN}$ Igual puntaje o índice promedio entre grupos en la escala 8 del MMPI.

$H_a: \mu_{SI} < \mu_{SN}$ Menor puntaje promedio del grupo invidente que el grupo normal.

Regla de decisión: $\alpha = 0.05$

Si $T < 0.05$ $T_{48} = -1.677$, entonces descarto H_0 .

$$2.- H_0: \sigma_I^2 = \sigma_N^2$$

$$H_a: \sigma_I^2 \neq \sigma_N^2$$

$$\alpha = 0.05$$

Regla de Decisión:

$$\text{Si } F \leq 0.975 F_{24,24} = 2.27,$$

entonces descarto H_0 .

$$3.- H_0: \mu_{IX} = \mu_{II}$$

$$i = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 \text{ (escalas del MMPI)}$$

$$H_a: \mu_{IX} \neq \mu_{II}$$

$$i = 1, 2, 3, \dots, 10$$

$$\alpha = 0.05$$

Regla de decisión:

$$\text{Si } |t| \leq 0.975 t_{48} = 2.011,$$

entonces acepto H_0 .

$$4.- H_0: \sigma_{IX}^2 = \sigma_{II}^2$$

$$H_a: \sigma_{IX}^2 \neq \sigma_{II}^2$$

$$\alpha = 0.05$$

Regla de decisión:

$$\text{Si } F \leq 0.975 F_{24,24} = 2.27,$$

entonces acepto H_0 .

$$5.- H_0: \sigma_{IX}^2 = \sigma_N^2$$

$$H_a: \sigma_{IX}^2 \neq \sigma_N^2$$

$$\alpha = 0.05$$

Regla de decisión:

$$\text{Si } F \geq 0.975 F_{24,24} = 2.27,$$

entonces descarto H_0 .

COMPARACIONES A-POSTERIORI

Terminadas las aplicaciones fueron llevadas a la UNAM, las hojas de aplicación, de los sujetos de ambos grupos, para ser procesados en el departamento de computación de estudios de postgrado, en el cual el Dr. Rafael Nuñez está realizando investigaciones para la estandarización del MMPI en la población mexicana. Posteriormente se recogió la información procesada de las hojas de aplicación.

Los resultados que obtuvimos de ellas fueron:

-Un análisis de porcentajes de cada uno de los reactivos y de las respuestas verdaderas y falsas, así como las -- que se dejaron de contestar de ambos grupos, además nos proporcionó las medidas y desviaciones estandar del grupo de invidentes.

SUB'ESCALAS.

Obtuvimos del Dr. Nuñez las sub'escalas que se han investigado en la escala 8 del MMPI que son 6 en total. (las - cuales van adjunto).

De cada una de estas sub'escalas se sacó la correlación que existe entre las respuestas verdaderas y falsas de ambos grupos, así como un análisis de proporciones reportados en las siguientes hojas adjuntas.

Pa₂ Poignancy.Harris & Lingoës(1955), total: 9 items.

True	False							
24	158	299	305	317	111	268		
341	365							

Males: M = 2.12; SD = 1.46. Females: M=2.21;SD=1.44.

Pa₃ Naiveté. Harris & Lingoës (1955). Total: 9 items.

True	False				
314	93	109	117	124	313
	316	319	348		

Males: M = 3.79;SD = 2.03.Females:M =3.55;SD =1.97.

Psychasthenia

Pt. Psychasthenia,McKinley & Hathaway (1942),Total: 48 items.

True	False									
10	15	22	32	41	3	8	36	122	152	
67	76	86	94	102	164	178	329	353		
106	142	159	182	189						
217	238	266	301	304						
305	317	321	336	337						
340	342	343	344	346						
349	351	352	356	357						
358	359	360	361							

Males: M = 10.88; SD = 7.74. Females: M = 13.56; SD = 8.06

Schizophrenia

Sc Schizophrenia.Hathaway (1956). Total: 78 items.

True	False									
15	16	21	22	24	8	17	20	37	65	
32	33	35	38	40	103	119	177	178	187	
41	47	52	76	97	192	196	220	276	281	
104	121	156	157	159	306	309	322	330		
168	179	182	194	202						
210	212	238	241	251						
297	301	303	305	307						
312	320	324	325	332						
334	335	339	341	345						
349	350	352	354	355						
356	360	363	364							

Males: M=10.32; SD=7.65. Females: M =10.87; SD =8.03

Sc_{1A} Social alienation. Harris & Lingoos (1955). Total: 21 items.

True	False								
16	21	24	35	52	65	220	276	306	309
121	157	212	241	282					
305	312	324	325	352					

Males: M = 3.48; SD = 2.31. Females: M = 3.68; SD = 2.43.

Sc_{1B} Emotional alienation. Harris & Lingoos (1955). Total: 11 items.

True	False				
76	104	202	301	339	8 196 322
355	360	363			

Males: M = 2.17; SD = 1.08. Females: M = 2.04; SD = 1.14

Sc₁ Sum of Sc_{1A} and Sc_{1B} Harris & Lingoos (1955). Total: 32 items.

Males: M = 3.85; SD = 3.19. Females: M = 4.16; S.D. = 3.30

Sc_{2A} Lack of ego mastery, cognitive, Harris & Lingoos (1955).

Total: 10 items

True	False				
32	33	159	168	182	182 178
335	345	349	356		

Males: M = 1.43; SD = 1.56. Females: M = 1.46; SD = 1.58

Sc_{2B} Lack of ego mastery, conative, Harris & Lingoos (1955)

Total: 14 items

True	False				
32	40	41	76	104	8 196 322
202	259	301	335	339	
356					

Males: M = 1.95; SD = 1.68. Females: M = 2.17; SD = 1.98

Sc_{2C} Lack of ego mastery, defective inhibition, Harris & Lingoos (1955) total: 11 items.

True	False				
22	97	156	194	238	none
266	291	303	352	354	
360					

Males: M = 1.44; SD = 1.53. Females: M = 1.64; SD = 1.81.

Sc₂ Sum of Sc_{2A} Sc_{2C}. Harris & Lingoos (1955). Total: 32 items.

Males: M = 4.35; SD = 3.58. Females: M = 4.65; SD = 4.02

Sc₃ Bizarre sensory experiences, Harris & Lingoos (1955). Total 20 items

True	False								
22	33	47	156	194	103	119	187	192	281
210	251	273	291	332	33-				
334	341	345	350						

Males: M = 2.36; SD = 2.37. Females: M = 2.72; SD = 2.54

CAPITULO V

ANALISIS DE DATOS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

ANALISIS DE DATOS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Después de haber aplicado el MMPI en ambos grupos conforme a lo establecido en el capítulo anterior obtuvimos los siguientes resultados:

TABLA No.1

PUNTAJES EN BRUTO Y CORREGIDO DEL MMPI EN EL GRUPO DE INVIDENTES.

SU JE TO	EDAD	C=1 A=0	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
S1	16	1	4	9	9	3	20	13	12	18	11	16	18	22	30
S2	16	1	6	12	15	4	31	12	12	12	6	13	24	13	38
S3	16	1	5	11	17	6	18	18	16	15	8	4	16	15	12
S4	16	0	4	17	6	13	28	27	28	25	20	33	41	32	37
S5	18	0	8	19	14	8	19	15	23	20	18	16	26	26	23
S6	20	1	1	14	8	8	20	15	20	20	3	18	20	17	31
S7	20	1	5	9	13	10	23	18	17	21	10	14	23	18	34
S8	21	1	4	13	14	14	27	20	28	21	19	22	31	16	39
S9	21	1	1	9	10	5	23	13	19	19	4	19	17	16	34
S10	21	1	3	10	14	12	14	19	18	27	13	10	26	27	21
S11	23	1	4	18	6	5	23	10	19	25	12	26	36	28	35
S12	24	1	4	13	8	14	29	25	24	24	15	24	37	22	36
S13	23	0	10	6	8	5	24	15	13	20	9	24	23	17	30
S14	22	1	6	14	17	8	28	15	17	19	13	15	24	21	26
S15	23	1	10	9	16	11	27	19	17	18	8	12	12	14	31
S16	19	1	9	6	17	4	26	21	13	24	6	3	11	13	27
S17	23	1	13	23	10	14	20	19	27	19	13	19	35	21	30
S18	20	1	3	23	13	9	26	19	19	27	18	25	36	24	31
S19	19	1	0	19	9	7	18	11	26	14	13	21	26	17	29
S20	20	1	5	11	19	8	23	19	20	26	12	8	18	23	37
S21	15	1	3	6	14	8	18	19	20	25	17	12	14	29	22
S22	13	1	4	17	7	8	24	12	17	19	15	31	34	29	33
S23	15	1	3	11	5	9	24	12	17	21	16	26	33	27	36
S24	15	1	4	17	13	6	18	19	21	22	14	14	31	22	26
S25	14	1	6	6	16	5	24	15	18	17	4	7	13	15	19

TABLA No.2

PUNTAJES EN BRUTO Y CORREGIDO DEL MMPI EN EL GRUPO CONTROL.

SU	JE	EDAD	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
S1	15	7	6	15	5	17	25	16	15	7	9	10	22	17	
S2	15	11	20	15	12	29	13	20	24	19	17	31	17	30	
S3	16	4	22	18	15	29	26	22	29	18	19	30	17	39	
S4	16	3	19	11	18	24	20	19	22	17	22	33	22	31	
S5	16	3	17	15	15	27	27	25	28	21	28	39	25	33	
S6	16	7	8	13	7	22	15	14	19	13	18	11	19	39	
S7	16	9	6	15	13	23	20	16	18	11	8	19	15	31	
S8	16	2	7	16	3	12	19	24	20	10	11	20	23	26	
S9	16	4	18	9	10	28	23	25	27	19	22	40	27	28	
S10	17	10	3	9	6	20	19	11	22	7	9	10	20	24	
S11	17	6	19	13	10	26	22	20	17	19	27	28	20	47	
S12	17	2	19	9	3	14	13	21	14	9	22	33	31	22	
S13	17	5	3	12	4	19	24	22	16	9	5	7	16	23	
S14	17	4	9	12	3	19	16	21	30	16	15	25	24	30	
S15	18	7	9	15	5	19	22	13	20	10	15	21	22	21	
S16	18	4	5	15	5	22	17	15	18	8	10	18	23	28	
S17	18	7	1	12	2	18	17	10	18	10	6	4	16	22	
S18	19	13	6	6	8	14	14	15	19	7	19	19	24	35	
S19	19	4	7	13	10	23	17	13	17	11	13	13	21	21	
S20	19	7	16	14	11	19	19	16	24	13	15	30	16	34	
S21	20	8	26	19	15	24	22	21	20	19	19	34	19	36	
S22	20	5	11	19	14	27	29	17	31	15	19	22	18	31	
S23	20	5	3	18	7	22	22	14	20	9	3	8	12	17	
S24	23	11	9	18	16	30	33	23	25	15	7	16	13	29	
S25	23	5	13	7	9	13	13	22	25	15	18	30	22	30	

Los puntajes promedios para cada escala se muestran en el perfil obtenido para cada grupo. (Ver la figura No. 1)



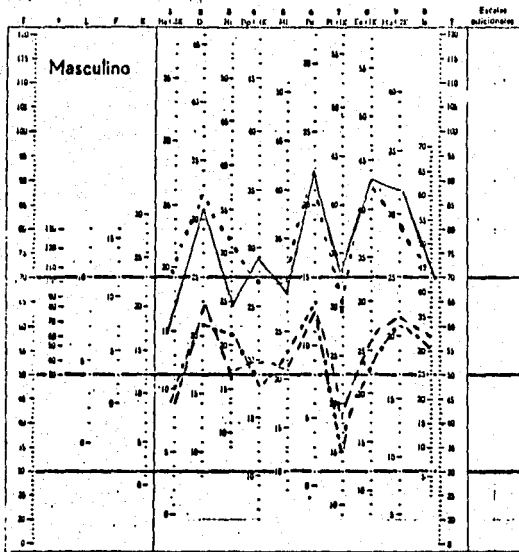
MM
7 4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stark R. Hathaway y J. Chorley McKinley

Nombre _____ (letra de molde)
 Una(s) _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
 Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referida por FIGURA # 1



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

NOTAS

PUNTAJES

CON CORRECCION		SIN CORRECCION	
K		K	
CIEGOS	-----	-----	-----
CONTROL	-----	-----

Puntuación natural _____
 Agrega factor K _____
 Puntuación corregida _____



D.R. © sobre esta versión para la
 EDITORIAL
 EL MANUAL MODERNO, S.A.
 1948

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

Firma _____ Fecha _____

Para demostrar que el sujeto control fue normal psicológicamente se anotan puntajes promedios y desviaciones estándar.

Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa
$\bar{X}=9.04$	$\bar{X}=21.6$	$\bar{X}=20.28$	$\bar{X}=18.2$	$\bar{X}=21.52$	$\bar{X}=13.08$
$\hat{S}=4.75$	$\hat{S}=5.24$	$\hat{S}=5.21$	$\hat{S}=4.42$	$\hat{S}=4.81$	$\hat{S}=4.49$
Pt	Es	Ma	Si		
$\bar{X}=15.04$	$\bar{X}=22.04$	$\bar{X}=20.16$	$\bar{X}=28.72$		
$\hat{S}=6.77$	$\hat{S}=10.46$	$\hat{S}=4.43$	$\hat{S}=6.64$		

Así mismo se anotan a continuación los puntajes promedios del grupo de invidentes:

Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa
$\bar{X}=8.16$	$\bar{X}=23$	$\bar{X}=16.8$	$\bar{X}=19.24$	$\bar{X}=21.12$	$\bar{X}=11.88$
$\hat{S}=3.32$	$\hat{S}=4.22$	$\hat{S}=4.23$	$\hat{S}=4.66$	$\hat{S}=3.78$	$\hat{S}=4.91$
Pt	Es	Ma	Si		
$\bar{X}=17.28$	$\bar{X}=25.04$	$\bar{X}=20.96$	$\bar{X}=29.88$		
$\hat{S}=7.93$	$\hat{S}=8.82$	$\hat{S}=5.65$	$\hat{S}=6.66$		

CONTRASTE DE HIPOTESIS

Escala 8. RASGOS DE ESQUIZOFRENIA

$H_0: \mu_{8I} = \mu_{8N}$ Igual puntaje o índice promedio entre grupos en la escala 8 del MMPI.

$H_a: \mu_{8I} < \mu_{8N}$ Menor puntaje promedio del grupo invidente que el grupo normal.

$$\alpha = 0.05$$

$$t \text{ con } g.l. = 2(n-1)$$

$$t = \frac{\bar{X}_I - \bar{X}_N}{\sqrt{\frac{\hat{S}_I^2 + \hat{S}_N^2}{n}}}$$

Si $t < 0.05 t_{48} = -1.677$, entonces descarto H_0 .

$$t = \frac{25.4 - 22.04}{\sqrt{\frac{(8.82)^2 + (10.46)^2}{25}}} = \frac{3.36}{2.755} = 1.227 > -1.677$$

por lo que -
acepto H_0 .

Condición de aplicación de t es igual varianza.

$$H_0: \sigma_I^2 = \sigma_N^2$$

$$H_a: \sigma_I^2 \neq \sigma_N^2$$

$$\alpha = 0.05$$

$$F = \frac{\sigma_{\text{MAYOR}}^2}{\sigma_{\text{MENOR}}^2}$$

Si $F < 0.975 F_{24,24} = 2.27$, entonces descarto H_0 .

$$F = \frac{(10.46)^2}{(8.82)^2} = \frac{109.4116}{77.7924} = 1.41 < 2.27 \quad \text{Por lo que acepto } H_0.$$

DECISION:

Este análisis de datos nos indica que el ciego no posee menor puntaje promedio en la escala 8 (Es) del MMPi que-

el sujeto psicológicamente normal.

Por tratar de averiguar que tan homogéneos son ambos grupos se probaron para cada escala las siguientes hipótesis:

$$H_0: \mu_{iZ} = \mu_{iN} \quad i = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 \quad (\text{escalas del MMPI})$$

$$H_a: \mu_{iZ} \neq \mu_{iN} \quad i = 1, 2, 3, \dots, 10$$

$$\alpha = 0.05$$

$$t = \frac{\bar{X}_{iZ} - \bar{X}_{iN}}{\sqrt{\frac{\hat{\sigma}_{iZ}^2 + \hat{\sigma}_{iN}^2}{n}}}, \quad \text{con g.l.} = 2(n-1).$$

Si $|t| < 0.995 t_{48} = 2.011$, entonces acepto H_0 .

y

$$H_0: \sigma_{iZ}^2 = \sigma_{iN}^2$$

$$H_a: \sigma_{iZ}^2 \neq \sigma_{iN}^2$$

$$\alpha = 0.05$$

$$F = \frac{\sigma_{i \text{ MAYOR}}^2}{\sigma_{i \text{ MENOR}}^2}$$

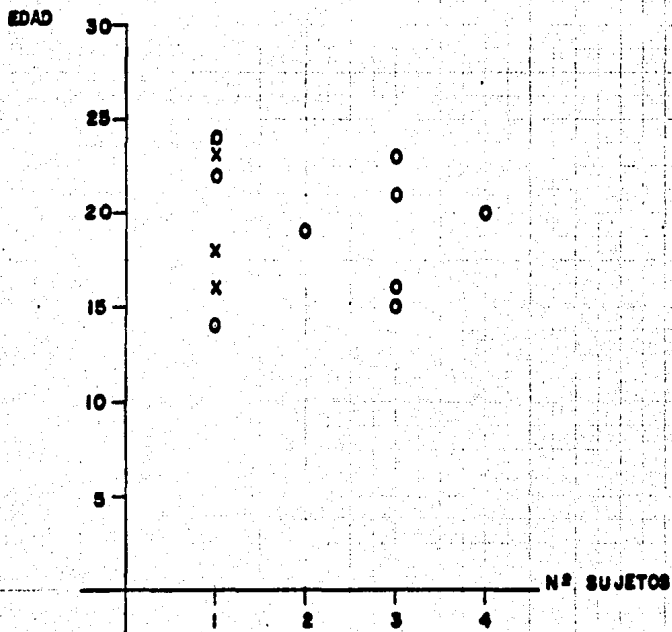
Si $F < 0.995 t_{24,24} = 2.27$, entonces acepto H_0 .

A continuación se dan los resultados de los valores -
T Y F y la decisión estadística para cada escala del MMPI.

ESCALAS	VALOR T	VALOR F	DECISION
Hs	-0.7574	2.05	Acepto Ho.
D	1.04	1.54	Acepto Ho.
Hi	-2.60	1.52	Acepto Ho. en <u>va</u> rianzas Descarto Ho. en <u>di</u> ferencia de medias.
Dp	0.810	1.11	Acepto Ho.
Mf	-0.377	1.62	Acepto Ho.
Pa	0.637	1.20	Acepto Ho.
Pt	1.07	1.37	Acepto Ho.
Es	1.227	1.41	Acepto Ho.
Ma	0.559	1.63	Acepto Ho.
Si	0.615	1.01	Acepto Ho.

RELACION DE CEGUERA CON EDAD

CEGUERA



CEGUERA-CONGENITA (O)

CEGUERA - ADQUIRIDA (X)

COMPARACIONES. A POSTERIORI

Primeramente nos interesó conocer la relación existente entre las variables; edad del sujeto, escala Hi, escala Es en forma independiente para cada grupo (invidentes y control). Y solamente en el grupo experimental (invidentes) tomamos las variables Escala Hi, Escala Es y ceguera congénita ($x=1$), adquirida ($x=0$). Además, para cada una de estas correlaciones - probamos.

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

$$\alpha = 0.05$$

$$T = \frac{r \sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}, n=25, \text{ gl} = n-2; |T| \leq \frac{0.975 t_{23}^*}{\sqrt{0.975 t_{23}^*{}^2 + 23}}$$

$$\text{Si } |T| < 0.3961, \text{ acepto } H_0, \text{ donde } 0.975 t_{23}^* = 2.0687$$

A continuación en la Tabla 4 damos los resultados encontrados:

TABLA 4

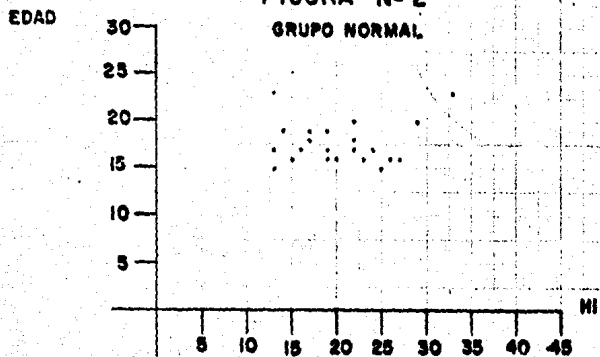
GRUPO	CORRELACION ENTRE ESCALA Y EDAD	DECISION
INVIDENTES	Hi $r=0.1753$ Es $r=0.0882$	Acepto H_0 . Acepto H_0 .
CONTROL	Hi $r=0.1451$ Es $r=0.1053$	Acepto H_0 . Acepto H_0 .

TABLA 5

GRUPO	ESCALA -CEGUERA (ADQUIRIDA O CONGENITA.		DECISION
INVIDENTES	Hi	r= 0.1959	Acepto Ho.
	Es	r= 0.2135	Acepto Ho.

El diagrama de dispersión de los datos de las variables de -
la tabla 4 se muestran a continuación en las Figuras 2 y 3.

FIGURA N° 2
GRUPO NORMAL



GRUPO NORMAL

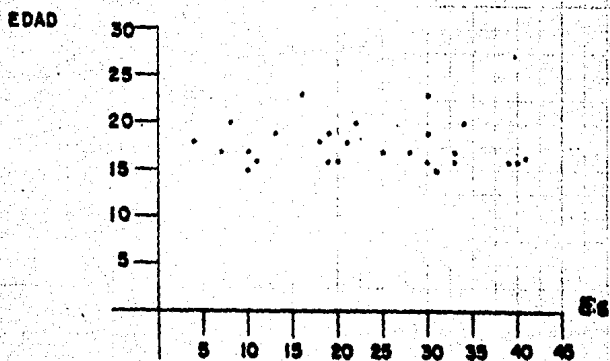
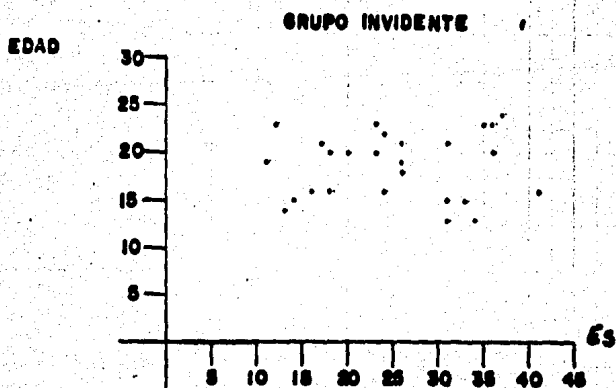
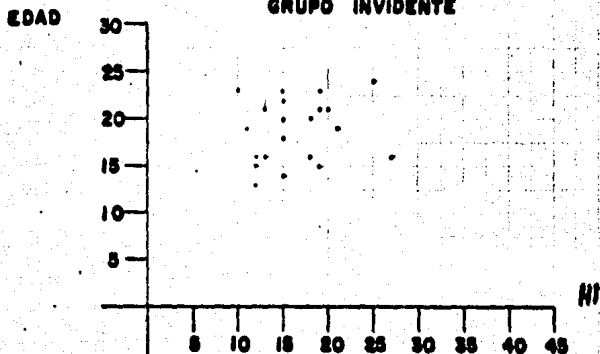


FIGURA N^o 3
GRUPO INVIDENTE



- Para cada una de las sub'escalas de esquizofrenia - del MMPI, las cuales son:
- | | | |
|------|---|--|
| SC1A | Enajenación social. | Sienten carencia de relación con la gente. |
| SC1B | Enajenación emocional. | Carencia de rapord con ellos mismos, aplanamiento afectivo, conflicto de identidad,- apatía. |
| SC2A | Carencia del dominio del Ego (cognitivo). | La suma de las dos anteriores. |
| SC2B | Carencia del dominio del Ego (conativo). | Ideas extrañas y enigmáticas, admite procesos de pensamien to autónomo. |
| SC2C | Carencia del dominio del Ego (inhibición defectu sa). | Debilidad psiquica, abulia,- inercia, regresión, sentimien tos inadecuados para contro- lar sus impulsos y emociones, se sienten controlados por - sus impulsos, disociación del afecto. |
| SC3 | Experiencias sensoriales bizarras (raras)'. | Cambio de percepción de sí - mismo y su imagen corporal,- despersonalización. |

Al final del capítulo se muestra dicha cuantificación.

Tomando solamente la variable "número de respuestas verdaderas y también la variable número de respuestas falsas".

Ho: $V_c VE = 0$ donde V_c =verdadero en G.C y

Ha: $V_c VE = 0$ VE =verdadero en G.E.

0.05

T =

Si $0.975 T_n - 2$ entonces descarto Ho

TABLA 6 CALCULOS DE r y valor T (para las respuestas Verdadero grupo control y verdadero grupo experimental) donde:

Ho = $V_c VE = 0$ vs Ha: $V_c Ve = 0$

SUB'ESCALA	$V_c Ve$	T para $V_c VE$	T_n-2 0.975
SC1A	0.8381439	6.6979374	* N=21 2.093
SC2A	0.8957119	5.3298356	* N=9 2.365
SC1B	0.8896981	5.8461222	* N=11 2.262
SC2B	0.8713281	6.1511383	* N=14 2.179
SC2C	0.191028	.5838356	* N=11 2.262
SC3	0.9065468	9.1117191	* N=20 2.101

* Significativa $\alpha = 0.05$

TABLA 7 CALCULOS DE r y valor T (para las respuestas falsas grupo ciegos y falsas grupo experimental) donde:

Vf= falso en G.C y

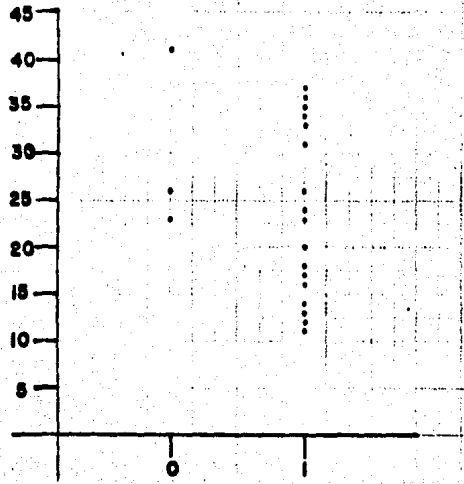
VE= falso en G.E.

Ho: Fc Fe = 0 VS Ha: Fc Fe \neq 0

SUB'ESCALA	Fc FE	T para Fc FE	0.975 Tn-2
SCIA	0.8332106	6.5681214 *	N=21 2.093
SC2A	0.8759188	4.8034449 *	N=9 2.365
SCIB	0.8751179	5.4252956 *	N=11 2.262
SC2B	0.8587789	5.8064181 *	N=14 2.179
SC2C	0.1795868	.5476643 *	N=11 2.262
SC3	0.896876	8.6033837 *	N=20 2.101

* Significativo $\alpha=0.05$

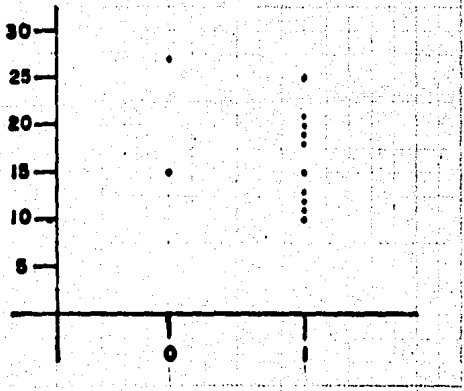
Es.



(0) = CEGUERA CONGENITA.

(1) = CEGUERA ADQUIRIDA.

Ni



Como se observa en la sub'escala SC2C (carencia -- del dominio del Ego) la correlación entre las variables.

Vc = número de respuestas verdaderas del grupo CIEGOS

VE = número de respuestas verdaderas del grupo experimental.

Resultó ser No significativo, lo que nos indica que el rasgo de Carencia del Dominio del Ego (inhibición defectuosa) es independiente entre los grupos por la forma en que los diferentes indicadores (debilidad psíquica, abulia, inercia, regresión, sentimientos inadecuados para controlar - sus impulsos, disociación del afecto) actúan en la personalidad del invidente y no-invidente. En el grupo de inv^uidentes mostro alta variabilidad en sus respuestas por lo que este rasgo es un factor importante para la detección de rasgos esquizoides.

En los otros rasgos de la sub'escalas fue muy semejante el número de respuestas Verdaderas en ambos grupos, lo que significa que dichos rasgos de las sub'escalas son medidos en igual magnitud por invidentes y no-invidentes.

Para finalizar con los cálculos estadísticos en las sub'escalas y poder determinar cuando cada ítem (reactivo) era estadísticamente significativo entre grupos, -

para esto se establecieron las siguientes hipótesis:

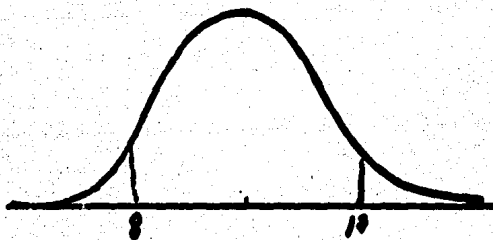
$$z = \frac{\hat{p} - \pi}{\sqrt{\frac{\pi(1-\pi)}{n}}}$$

si $|z| \leq 1.960$ Descarto H_0 .

$$|z| \leq \frac{\hat{p} - 0.5}{\sqrt{\frac{(0.5)(0.5)}{25}}} = \frac{\hat{p} - 0.5}{0.1}$$

$$|p - 0.5| \leq 0.1 \quad (2)$$

$$0.5 - 0.1 \leq \hat{p} \leq 0.5 + 0.1$$



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Es significativo si una puntuación cae en un extremo de la curva, y si la otra puntuación cae en la media.

En cambio no es significativo si ambas puntuaciones -- caen en la misma sección. O sea que ambas caigan en un extremo, o que ambas esten en la media o que ambas esten en el otro extremo.

Cuando se indica \checkmark $\#$ F es porque era significativo en Falso y significativo en verdadero y cuando se indica que es - significativo en verdadero es porque la puntuación de un grupo era menor que 8 y la del otro grupo caía en la media, o sea mayor o igual que 8 y menor o igual a 17, y cuando se indica que es significativo en Falso, es porque un grupo tenía una puntuación mayor a 17 y el otro grupo su puntuación caía en la media o menor que 17.

En las demás subescalas casi no hay diferencia en el número de respuestas entre un grupo y otro. Ejemplo ver la subescala SC2B de Carencia del Dominio del Ego.

$$H_0: \pi = 0.5$$

$$H_a: \pi \neq 0.5$$

$$\alpha = 0.05$$

SCIA

ENAJENACION SOCIAL

Dirección y No. del reactivo	G.E.		G.C.		
	VERDADERO	FALSO	VERDADERO	FALSO	
	V 16	3	22	4	
V 21	9	16	12	13	
V 24	8	17	4	21	
V 35	9	16	2	22	*V*F
V 52	14	11	5	18	*V
F 65	25	0	24	1	
V 121	8	16	6	19	*V*F
V 157	6	19	10	15	*V*F
V 212	3	22	7	18	*V*F
F 220	24	1	22	3	
V 241	12	13	10	15	
F 276	20	5	18	7	*V*F
V 282	4	20	5	19	
V 305	6	19	5	20	
F 306	14	11	19	6	*F
F 309	15	10	16	9	
V 312	8	17	6	19	*V*F
V 324	10	15	9	16	
V 325	11	14	4	21	*V
V 352	4	21	5	20	
V 364	7	18	6	19	*F

FUE SIGNIFICATIVA POR SU ALTA VARIABILIDAD
EN LA PROPORCION DE RESPUESTAS POR REACTI-
VOS ENTRE GRUPOS.

*Se encontró variabilidad significativa:

$$\alpha = 0.05$$

SC2A

Dirección y No. del reactivo	ENAJENAMIENTO EMOCIONAL			
	G.E.		G.C.	
	VERDADERO	FALSO	VERDADERO	FALSO
F 8	24	1	23	2
V 76	4	21	6	19
V 104	14	11	7	18
F 196	25	0	22	3
V 202	5	19	2	22
V 301	7	18	7	18
F 322	13	12	12	13
V 359	3	22	6	19
V 355	6	19	9	15 *V*F
V 360	1	24	6	18 *F
V 363	4	21	10	15 *V*F

POR LA MINIMA VARIABILIDAD SIGNIFICATIVA EN LA PROPORCION DE RESPUESTAS POR REACTIVOS ENTRE GRUPOS, ESTE RASGO NO ES SIGNIFICATIVO.

* Se encontró variabilidad significativa

$$\alpha = 0.05$$

SC2A

Dirección y No. del reactivo	CARENCIA DEL DOMINIO DEL EGO (cognitivo)			
	G.E.		G.C.	
	VERDADERO	FALSO	VERDADERO	FALSO
V 32	15	10	7	18
V 33	18	7	16	9
V 157	0	0	0	0
V 168	6	19	3	22
F 178	22	3	21	4
V 335	13	12	8	17
V 345	12	12	11	14
V 349	13	12	13	11
V 356	6	19	5	19

NO SE ENCONTRO VARIABILIDAD SIGNIFICATIVA EN LA PROPORCION DE RESPUESTAS POR REACTIVOS ENTRE GRUPOS, POR LO TANTO ESTE RASGO NO ES SIGNIFICATIVO.

*Se encontró variabilidad significativa $\alpha = 0.05$

SC2B

Dirección y No. del reactivo		CARENCIA DEL DOMINIO DEL EGO (conativo)			
		G.E.		G.C.	
		VERDADERO	FALSO	VERDADERO	FALSO
F	8	24	1	23	2
V	32	15	10	7	18
V	40	16	9	10	15
V	41	13	12	8	17
V	76	4	21	6	19
V	104	14	11	7	18
F	196	25	0	22	3
V	202	5	19	2	22
V	259	10	15	10	14
V	301	7	18	7	18
F	322	13	12	12	13
V	335	13	12	8	17
V	339	3	22	6	19
V	356	6	19	5	19

NO SE ENCONTRO VARIABILIDAD SIGNIFICATIVA EN LA PROPORCION DE RESPUESTAS POR REACTIVOS ENTRE GRUPOS. POR LO TANTO NO ES SIGNIFICATIVA.

* Se encontró variabilidad significativa

$$\alpha = 0.05$$

SC2C

CARENCIA DEL DOMINIO DEL EGO
(inhibición defectuosa)

	G.E.		G.C.		
	VERDADERO	FALSO	VERDADERO	FALSO	
V 22	6	19	8	17	*V
V 97	10	15	6	19	*F*V
V 156	14	11	13	12	
V 194	2	23	6	19	
V 238	10	15	6	18	*V
V 266	8	17	12	13	
V 291	S U P R I M I D A				
V 303	13	12	3	22	*F*V
V 352	4	21	5	20	
V 360	1	24	6	18	*F
V 354	10	15	4	20	*F*V

ES SIGNIFICATIVO DEBIDO A SU ALTA VARIABILIDAD EN LA PROPORCION DE RESPUESTAS POR-REACTIVOS ENTRE GRUPOS POR LO TANTO QUIERE DECIR QUE EN ESTE RASGO DIFIEREN UN --GRUPO DEL OTRO.

*Se encontró variabilidad significativa

$\alpha = 0.05$

SC3

EXPERIENCIAS SENSORIALES BIZARRAS
(raras)

		G.E.		G.C.			
		VERDADERO	FALSO	VERDADERO	FALSO		
V	22	6	19	8	17	*V	
V	33	18	7	6	9		
V	47	7	18	11	14		
F	103	17	8	14	10		
F	119	15	10	14	10		
V	156	14	11	13	12		
F	187	14	11	14	11		
F	192	19	6	21	4		
V	194	2	23	6	19		
V	210	3	22	4	19		
V	251	7	18	7	18		
V	273	0	25	5	20		
F	281	16	8	12	13		
V	291	S U P R I M I D A					
F	330	15	10	16	9		
V	332	8	17	5	20	*V	
V	334	11	14	12	13		
V	341	10	14	9	16		
V	345	12	12	11	14		
V	350	2	23	6	19		

NO SE ENCONTRO VARIABILIDAD SIGNIFICATIVA
EN LA PROPORCION DE RESPUESTAS POR REACTI
VOS ENTRE GRUPOS POR LO TANTO ESTE RASGO
NO ES SIGNIFICATIVO.

*Se encontró variabilidad significativa $p < 0.05$

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

SCIA.

Enajenamiento social fue significativa por su alta-variabilidad en la proporción de respuestas por reactivos - entre grupos. La falta del sentido de la vista en el ciego puede ser que se distorciona su PERCEPCION y esto puede actuar como barrera en sus relaciones interpersonales. La falta de reforzamiento visual y gesticular podría afectar. (cuantas veces un gesto de aprobación sirve como reforzador para continuar una conversación o comunicación efectiva y - unas buenas relaciones interpersonales. Tomando en cuenta - que en el ciego no existe este reforzador.

Se sugiere en próximas investigaciones estudiar el rasgo de sociabilidad en invidentes.

SC2C.

Carencia del dominio del ego (inhibición defectuosa), es significativo debido a su alta variabilidad en la - proporción de respuestas por reactivos entre grupos. Al - existir distorción del dominio del Ego en lugar de favorecer los objetivos de este, los obstaculiza y en lugar de - desviar un impulso para retardar su satisfacción de una manera aceptada socialmente actúa de una manera que la inhibición resulta defectuosa.

SCIB.

*Enajenamiento emocional, SC2A.- Carencia del dominio del ego (cognitivo), SC2B.- Carencia del dominio del ego (conativo), SC3.- Experiencias sensoriales bizarras: No se encontró variabilidad significativa en la proporción de respuestas por reactivos entre grupos por lo tanto ninguno de estos rasgos es SIGNIFICATIVO.

Según hipótesis de trabajo para escala 8 de MMPI -- (pág.57) se encontró que no hay diferencia significativa entre los grupos control y experimental, lo que significa que la creencia de que las ondas Alfa están asociadas con los "rasgos esquizoides" no se apoya con estos datos. Por lo que sugerimos que en otras investigaciones se incremente el tamaño de la muestra y que se aplique un EEG a cada sujeto del estudio, en nuestro caso no se tuvieron los recursos económicos para controlar esta variable.

Según hipótesis (pág 58) para tratar de averiguar -- que tan homogéneos son ambos grupos para cada escala del MMPI (1,2,3,4,5,6,7,9,10) se encontró normal en todos los rasgos en ambos grupos con excepción de la escala 3 que corresponde a H1 (histeria) donde los ciegos tuvieron menor puntaje promedio, lo que indica que estas personas tienden

a ser generalmente estables, convencionales, controladas, - pacificas y restringidas, no participan en situaciones sociales, no les interesa la vida agitada, puede ser esta su forma de adaptación a su carencia del sentido de la vista. Se sugiere investigar mas a fondo sobre el rasgo de histeria en personas invidentes.

Según hipótesis (pag. 70) se sacó en conclusión que no hay relación entre la edad y los rasgos de Esquizofrenia, Histeria (Hi y Es), en ambos grupos, se puede decir que son independientes la edad y los rasgos en los grupos.

- The Brain Revolution.
Marilyn Ferguson
Editorial Taplinger Publishing Company.
Págs. 149-150
- Desarrollo Psicológico del niño normal
y patológico.
Harry Bakwin/Ruth Morris
Editorial Interamericana
Págs. 149-150, 153 y 154.
- American Journal of Psychiatry
Vol 138 No.11
Noviembre 1981
Págs 1501-1503
- American Journal of Psychiatry
Vol. 139 No.4
Abril 1982
Págs. 427-430
- American Journal of Psychiatry
Vol. 139 No.3
Marzo 1982
Págs. 292-298

BIBLIOGRAFIA SECUNDARIA

- El Desarrollo del Niño.
Editorial Harla
México 1975
- Compendio de Psiquiatría
Kaplan Freedman Sadock
Editorial Salvat.
Barcelona 1975
- Psicología de la Adolescencia
Brooks Fowler D.
Editorial Prentice/Hall Internacional
España 1973.

- Desarrollo de la personalidad en el Niño
Editorial Trillas, México 1982
- Ophthalmic Pathology.
Atlas, 1970
- Psiquiatria Clínica Aplicada
MacKinnon y Michels.
Editorial: Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los
Trastornos Mentales.
American Psychiatric Association.
MASSON, S.A.
1983 pág. 326-327 y 328 DSM-III

OTRAS REFERENCIAS

- La Electroencefalografía en el Estudio
de pacientes esquizofrénicos.
Dr. José Dorazco Valdez.
- Estudios de Antecedentes con el MMPI en México
Dr. Rafael Núñez.



Copitec S.A. **Chapultepec**

AV. CHAPULTEPEC 129

TELS.: 26-25-61 Y 25-53-16

GUADALAJARA, JAL.

TESIS * INFORMES * MEMORIAS * TESIS * COPIAS
TRANSCRIPCIONES IBM * REDUCCIONES EN
ALBAMINE Y BOND * COPIAS A CUALQUIER
TAMAÑO Y EN COLOR * HELIOGRAFICAS *
MAUROS * POLIESTERS * IMPRESION DE FORMAS
Y PASTAS * OFFSET * ENCUADERNADO *
ENGARGOLADO * REFILADO * MIMEDGRAFO *
GRABADO DE ESTENCILES * REVELADO DE ROLLOS

SISTEMAS XEROX

SERVICIO A DOMICILIO * CREDITO * BANCOTARJETAS