

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PSICOLOGIA

ESTUDIO SOBRE EL MMPI EN SU APLICACION
A UN GRUPO DE PACIENTES PSIQUIATRICOS
COSTARRICENSES

DONADO A LA BIBLIOTECA DE LA
FACULTAD DE PSICOLOGIA POR:

Julian Mac Gregor

FECHA: Mayo 2001

TESIS

Que para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Presenta

MARIO ALBERTO ARAYA QUESADA

México, D. F.

1967

No registrada en Base.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



75053.08
UNAM.010
1967

M. - 160964

Tipos. 79

A mis hermanas.

A la memoria de mi padre,
a mi madre, a quienes por
su estímulo debo el logro
de esta etapa de mi forma
ción.

A Sonia.

S/Ps.

N. - 160964

type.

En sincero reconocimiento al Dr.
Rafael Núñez, quien con gran --
interés y espíritu crítico diri-
gió este trabajo en forma muy --
acertada, y al Dr. Gonzalo Adis,
por su estimable colaboración.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a aquellos miembros del Personal Clínico y Administrativo del Hospital Psiquiátrico M. A. Chapui, quienes colaboraron en la obtención del material utilizado en este estudio.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.	1.
CAPITULO I.- <u>TEORIA DEL MMPI.</u>	3.
CAPITULO II.- A.- <u>OBJETIVOS DEL ESTUDIO.</u>	11.
B.- <u>SUJETOS Y METODOLOGIA.</u>	11.
CAPITULO III.- <u>ANALISIS DE LOS RESULTADOS.</u>	16.
CAPITULO IV.- A.- <u>CONSIDERACIONES GENERALES.</u>	34.
B.- <u>RESUMEN Y CONCLUSIONES.</u>	36.
BIBLIOGRAFIA.-	39.

ESTUDIO SOBRE EL MMPI
EN SU APLICACION A UN GRUPO DE PACIENTES
PSIQUIATRICOS COSTARRICENSES.

Mario A. Araya Q.

INTRODUCCION

La medición de la personalidad es la medición psicológica más difícil, porque esencialmente se trata de medir un fenómeno muy complejo -- con instrumentos y unidades simples. No obstante la complejidad de ese fenómeno, la Psicología Clínica ha aceptado tácita, si no unánimemente, - la suposición de que cada persona es una unidad independiente y consistente a través del tiempo. Además, es un fenómeno que implica una organización dinámica, lo que significa que los diferentes rasgos de la personalidad no existen independientemente o que actúan en forma aislada, sino - que están relacionados entre sí, e interactúan en una forma organizada y coherente.

En términos generales, este es el punto de vista que ha inspirado la creación de los llamados "inventarios de la personalidad", entre ellos el Multifásico de la Personalidad de Minnesota, el más utilizado en la actualidad. Especialmente, los inventarios de la personalidad se basan en el principio de que la conducta y la personalidad son, en parte, manifestaciones de ciertos rasgos, y de que las características de tales rasgos pueden ser medidas.

En la práctica clínica, el inventario constituye para el psicólogo un medio que le permite obtener información acerca de sus pacientes a un nivel objetivo. Es decir, le brinda a su disposición un material que ha sido obtenido en forma controlada y que puede, a su vez ser comunicado (p. ej. al Psiquiatra que ha referido al paciente), sin que en tal comunicación tengan que ir implícitas sus inferencias, como ocurre frecuentemente al comunicar los resultados de las pruebas proyectivas. En este sentido es bien conocido el peligro de la influencia del examinador sobre su reporte cuando éste se basa únicamente en las pruebas proyectivas, ya que sus conclusiones pueden ser en gran parte fruto de sus prejuicios, estado de ánimo, etc. La mera obtención del material con tales pruebas, así como la calificación, pueden verse afectadas por la actitud y preferencias del examinador, lo cual constituye factores difícilmente controlables ---

atendiendo a la interpretación.

Por otra parte, los inventarios permiten obtener información a nivel consciente como en la entrevista, pero, aventajando a ésta, permite detectar fácilmente el control que la persona puede ejercer sobre su información.

Este estudio fue realizado en el Hospital Psiquiátrico M. A. Chacui, sobre una muestra constituida por los perfiles obtenidos en el MMPI que se encontraban archivados en el Departamento de Psicología de ese Hospital, correspondientes a un grupo de pacientes diagnosticados previamente como esquizofrénicos y psiconeuróticos.

En Costa Rica (país de 1.400,000 habitantes; eminentemente agrícola pero con un industrialización creciente), el MMPI junto a otras pruebas psicodiagnósticas como son el Rorschach, T.A.T., Machover y el Wechsler, se ha utilizado durante una década en la práctica clínica. Sin embargo, hasta el momento no se ha realizado ningún estudio sobre estas pruebas tendiente a establecer sus normas o grados de confiabilidad para la población de este país. Durante todo este tiempo se ha sentido la necesidad de investigar en este campo, teniendo en cuenta las diferentes formas en que las pruebas, especialmente las de personalidad, son afectadas por factores culturales. Pese a ello varias razones, especialmente la escasez de personal capacitado en este campo, no han permitido la realización de tales estudios.

De esta manera, el presente estudio representa uno de los primeros pasos en la exploración de esa importante área de estudios, en un medio en donde el adaptar o "calibrar" las diferentes pruebas se ha hecho sentir como una necesidad primordial.

CAPITULO I.

TEORIA DEL MMPI

Los inventarios de la personalidad pueden ser clasificados en cuatro tipos: 1) aquellos que evalúan rasgos específicos (p. ej. ascendencia, actitudes conservadoras, confianza en sí mismo); 2) aquellos que evalúan el ajuste a varios aspectos del ambiente (p. ej. a la escuela, el hogar, la comunidad); 3) los que clasifican a los individuos dentro de grupos -- clínicos (p. ej. personalidad psicopática o paranoide), y 4) aquellos tipos que tratan de discriminar a los sujetos dentro de dos o tres grupos, (p. ej. disturbios psicósomáticos vs. normal). Ejemplo del tercer grupo es el MMPI.

La historia del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, comúnmente conocido como MMPI, se remonta al año de 1938 cuando --- Hathaway y McKinley (el primero de ellos psicólogo y el segundo un médi-- co), comenzaron a reunir frases para una prueba que crearon convencidos -- de la necesidad de una técnica objetiva para evaluar la personalidad. Fun-- damentalmente, sería una técnica que evaluara la personalidad desde dife-- rentes ángulos, multifásicamente, por medio de escalas o perfiles que fue-- ran tan útiles tanto para la investigación como para la práctica clínica.

En 1951, cuando los autores de la prueba publicaron el Manual para la prueba, incluyeron 49 referencias bibliográficas, y cuando en 1960 --- Dahlstrom y Welsh publicaron su "MMPI Handbook", se encuentran mil dos---cientas referencias y cerca de mil de ellas se refieren a investigaciones que implican un poco más de cien investigaciones anualmente publicadas en los Estados Unidos y otros países.

El MMPI puede ser utilizado principalmente para lograr una separa--ción objetiva entre personas mentalmente sanas y enfermas, o con rasgos y tendencias más o menos patológicas; algunos la han utilizado también para seleccionar el personal en instituciones militares, industriales y educa--tivas; también se ha utilizado en el diagnóstico diferencial de psiconeu--róticos, en el estudio de psicóticos, sujetos con personalidad psicopáti--

ca, etc.

Construcción.-

La utilización de la prueba se basa fundamentalmente en el criterio de que cuando un grupo de personas son similares en ciertos aspectos de su conducta, es decir, en la forma de contestar a una serie de preguntas acerca de ellos mismos, son similares también 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.

Las comparaciones entre las diferentes personas se ha logrado a través de sus reacciones a 566 diferentes variables de la conducta. Siendo éstas demasiado numerosas para investigarlas una a una, se las ha agrupado con fines de calificación, y después de que las respuestas del sujeto se han computado para cada escala, sus puntajes son convertidas en una gráfica generalmente llamada perfil o bien, tomando en consideración la anotación numérica de las escalas de acuerdo con un sistema de puntuación se logra una codificación de todas las escalas.

Los autores de las pruebas al derivar las escalas utilizaron grupos de enfermos mentales que habían sido debidamente diagnosticados por el personal psiquiátrico del Hospital de la Universidad de Minnesota. Pasaron muchos años antes de que pudieran contar con un número de pacientes representativos de un grupo especial que sirviera para derivar satisfactoriamente una escala, ya que buscaron casos que pudiesen ser representativos, en lo posible, del concepto clásico de un síndrome dado.

Fueron representadas 25 áreas diferentes de interés psiquiátrico, - presentadas a continuación:

- 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, secretorio (10 frases).

- 7.- Sistema cardio-respiratorio (5 frases).
- 8.- Sistema gastrointestinal (11 frases).
- 9.- Sistema genito-urinario (5 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.- Frases relacionadas principalmente con masculinidad y femineidad (55 frases).

El grupo control original.

El grupo criterio lo constituyeron pacientes de la división neuropsiquiátrica de los hospitales de la Universidad de Minnesota; el grupo --normativo estaba compuesto por visitantes a los hospitales, estudiantes, trabajadores, así como pacientes de otros servicios médicos (tuberculosos, epilépticos), incluyendo personas de ambos sexos y de edades entre 16 y 65 años. Esta muestra incluyó a 700 personas aproximadamente.

Administración de la Prueba.

La prueba fué creada para ser administrada individualmente, con frases afirmativas, en primera persona, singular, en tarjetas separadas. Los

sujetos debían clasificar las tarjetas en las categorías Cierto, Falso y No Puedo Decirlo. Las tarjetas eran colocadas dentro de una caja de madera, con las divisiones correspondientes. Corrientemente se usa un folleto que contiene 566 frases, con una hoja especial de respuestas impresa para la administración tanto a individuos como a grupos. Existe además, la llamada Versión Abreviada que se usa en casos de emergencia, o cuando no se dispone de mucho tiempo, y consiste en terminar la prueba al llegar a la frase número 366.

Las Escalas de Validez.

Cuatro escalas fueron diseñadas expresamente como indicadores de la validez de las nueve escalas clínicas del perfil. La escala ? o escala -- "No Puedo Decir", es sencillamente el conteo de las frases omitidas. Cuando la suma de estas excede a 50, habrá probablemente una minimización de la puntuación en las escalas clínicas. La escala L consta de 15 frases cuyo contenido es socialmente indeseable, pero aún así con escasa frecuencia son contestados como falso por la gente en general. Personas francas pueden contestar hasta seis u ocho de estas frases.

La escala F consta de 64 frases; se utiliza como una forma de evaluar la validez total de todo el protocolo. Si la puntuación F es alta, las escalas clínicas probablemente se invaliden, ya sea porque el sujeto se descuidó o era incapaz de comprender el significado de las frases, o porque hubo muchos errores de anotación o de puntuación. Asimismo, el pensamiento bizarro o inconvencional tienden a elevar la puntuación. La escala K consta de 22 frases que fueron seleccionadas en la siguiente forma: a) frases que distinguieron pacientes con una L alta y perfiles normales, de aquellos con perfiles normales; b) frases que permanecieron inalteradas bajo condiciones propias de sujetos normales; c) frases que diferenciaron entre psicopatología severa y normalidad. La K fué considerada como una variable modificadora; la tendencia a dar una buena impresión dió como resultado una alta puntuación. Consecuentemente, la puntuación K fue usada como una corrección para cinco de las escalas clínicas, con determinadas proporciones para cada una.

Aunque estas escalas, L, F, y K, fueron desarrolladas originalmente

como escalas de validación de la prueba, estudios posteriores han destacado ciertas implicaciones con relación a algunos aspectos de la personalidad de quienes toman la prueba, así como implicaciones diagnósticas. Así, por --- ejemplo una puntuación baja en L sugiere rasgos de modestia, sinceridad, -- calma, honestidad, mientras que una alta parece ser propia de personas muy complejas, inquietas, curiosas e irritables. En cuanto a la F es importante considerar que buena parte de su contenido se refiere a pérdida de interés en las cosas, falta de control de los impulsos, relaciones familiares y experiencias infantiles, actitudes de indiferencia ante la ley y poco interés religioso; además se incluyen frases relacionadas con pensamientos y -- convicciones peculiares. Finalmente, una puntuación alta en K representa -- una actitud defensiva contra la debilidad psicológica, y muy bien puede --- tratarse de una resistencia relacionada con una distorsión deliberada en di- rección de dar una apariencia más "normal". Una puntuación baja en esta es- cala indica que la persona es, en alguna forma, manifiestamente cándida y -- abierta a la autocrítica y a la admisión de síntomas aunque estos tengan -- una fuerza mínima. También una puntuación baja puede deberse a un intento deliberado de dar una mala impresión.

Las Escalas Clínicas.-

Hay nueve escalas clínicas, a saber: Escala 1 (Hs), mide características de la personalidad asociadas con hipocondriasis. Se trata de preocupaciones acerca de la salud física, persistentes y a menudo incapacitantes. Escala 2 (D), mide el grado de la depresión, a través de pesimismo, senti- mientos de inutilidad, ideas de muerte o suicidio. Escala 3 (Hi), histeria, mide las defensas en las cuales los síntomas físicos son utilizados para re- solver problemas y evadir responsabilidades, especialmente en períodos de - "stress" emocional. La Escala 4 (Dp), es asignada para medir característi- cas de la personalidad asociadas con la personalidad psicopática (o sociopáti- ca.). Los convencionalismos son despreciados, las relaciones humanas son su- perficiales, la ansiedad es mínima, y hay una persistente inhabilidad para -- aprender de la experiencia.

• La Escala 5 (Mf), fué designada para identificar a hombres homosexua- les. La homosexualidad realmente no es identificada por esta escala, pero -

son indicados los intereses masculinos y femeninos, tal como se definen en la cultura. La Escala 6 (Pa), se refiere a la paranoia, o convicciones - ilusorias, en una personalidad por lo demás relativamente intacta. La Escala 7 (Pt), se refiere al síndrome obsesivo-compulsivo o psicastenia, que incluye rumiaciones y conducta ritualista, miedos, fobias, culpa, indecisión, y dificultades de concentración. La Escala 8 (Es), incluye frases - que reflejan conducta y pensamientos bizarros e inusuales, alucinaciones, desorientación, apatía, aislamiento e inaccesibilidad, o estereotipia, --- que forman parte del aislamiento social característico de la esquizofre--- nia. Escala 9 (Ma), hipomanía, representa tres componentes de un distur- bio afectivo: sobreactividad, excitación emocional y fuga de ideas.

El Perfil.-

Como ya se indicó anteriormente, la muestra control original, esta- ba compuesta por 700 personas. Sobre esta muestra las normas fueron ofre- cidas en forma de "Puntuación T", o puntuaciones estándar con una Media - de 50 y una desviación estándar de 10. Estas puntuaciones normativas son utilizadas para la confección de los perfiles. Cualquier puntuación de 70 o más (cayendo dos desviaciones estándar sobre la media), generalmente es considerado como indicador de desviaciones patológicas.

Debe señalarse, sin embargo, que la significación clínica de una -- misma puntuación, puede variar de una escala a otra. Por ejemplo, una pun- tuación de 75 en las escalas de hipocondriasis y esquizofrenia puede no es- tar indicando la misma severidad en cuanto a anormalidad.

La Interpretación.

Las escalas clínicas originales fueron basadas en la clasificación psiquiátrica tradicional la cual, "aunque popular, descansa sobre funda- mentos teóricos dudosos" (5). En este sentido se ha criticado mucho la - artificialidad de las categorías empleadas en ese esquema tradicional. - Los síndromes psiquiátricos nunca son puros ni independientes unos de --- otros; cualquier clínico experimentado reconoce que los síntomas de los - pacientes al inicio de su padecimiento, y que se presentan en forma insi- diosa, no son fácilmente clasificables en ninguna categoría diagnóstica.

"En fin, la gran variedad de la sintomatología hace que la selección de un diagnóstico particular sea en ocasiones solamente tentativa" (11).

Por otra parte, en relación con el perfil, existe la dificultad de que una puntuación alta en cualquiera de las escalas puede tener diferentes implicaciones dependiendo de las puntuaciones de las otras escalas. De esta manera, es el conjunto de las puntuaciones (patrón) o el perfil en su totalidad, más que la puntuación de una escala individual, lo que será examinado e interpretado.

Para facilitar la interpretación de tales patrones se ha desarrollado un sistema numérico de codificación del perfil. Asimismo existe un "Atlas para el Uso Clínico del MMPI" (12), que contiene los perfiles codificados y una breve casuística de 968 pacientes, ordenados de acuerdo a la similitud de los patrones de los perfiles. Este Atlas puede brindar gran ayuda para la interpretación de casos individuales.

La Codificación.-

Este procedimiento consiste en una representación numérica del perfil obtenido. Ya se ha señalado que un perfil dado no se interpreta de acuerdo a la escala que presente la puntuación más alta, sino más bien de acuerdo con la integración de todas las escalas que forman la prueba. Al revisar una gran serie de perfiles se puede observar semejanza entre la gran variedad de combinaciones. De ahí que, para facilitar la comparación de un perfil con otros semejantes, ha sido necesario establecer un sistema representativo del perfil, por medio de una cifra que ayude a la reducción de la gran cantidad de perfiles diferentes a una forma práctica para los fines de referencia y de investigación.

Esta cifra o expresión numérica se ha llamado la clave del perfil y sus elementos corresponden a los números asignados a las escalas. Así, la Hs se ha convertido en 1, la D en 2, la HI en 3, etc. Existen dos sistemas de codificación, uno originado por Hathaway (1947), y el otro por Welsh (1948).

El procedimiento de Hathaway, el seguido en este estudio, es el -

guiente: 1) Anótese el número de la escala que corresponde a la mayor puntuación T. 2) Anótese en orden descendente de puntuaciones T los números correspondientes a las otras escalas que tengan una puntuación T mayor de 54. 3) Anótese el signo prima (') después del último número que en la clave represente una puntuación T de 70 o mayor a 70. 4) Si la puntuación T es 100 o mayor, el número de la escala es seguido por cuatro primas - - - (''''), entre 80 y 89 por dos (''), y como se ha dicho anteriormente, entre 70 y 79 por una ('). 5) Después de un signo de guión (-) escríbanse los números de las escalas bajas del perfil que tengan una puntuación T menor de 46. 6) Trácese una línea bajo los números de las escalas adyacentes cuyas puntuaciones sean iguales o difieran por un punto. 7) A la derecha de la clave, y a corta distancia de ésta, anótese las puntuaciones brutas de L, F, y K. Si la puntuación bruta de L es igual o mayor que 10 o si la puntuación bruta de F es igual o mayor que 16, anótese una equis - mayúscula (X) inmediatamente después de la clave de las escalas clínicas, señalando así la posibilidad de que el perfil no se válido.

CAPITULO II

(A) OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO

El presente estudio se ha realizado con el propósito de conocer el grado en que el MMPI es de útil aplicación, como instrumento para el diagnóstico diferencial, en la población de enfermos mentales en un hospital de Costa Rica. La necesidad de conocer estos datos se basa en el hecho de que la población en cuestión pertenece a un medio socio-cultural muy diferente a aquel en donde se establecieron originalmente las normas para identificar tanto la "normalidad" como las desviaciones patológicas.

Sabido es que las pruebas de personalidad, más que las de habilidades, se ven muy afectadas por diferencias culturales y subculturales. Fundamentalmente es de esperar diferencias cuando ciertos criterios para la evaluación se basan en lo que se denomina la conducta "socialmente deseable".

Por lo tanto, el propósito fundamental de este estudio es establecer, hasta donde esto sea posible, el grado en que las claves del MMPI -- originadas en otras partes para las categorías esquizofrenia y Psiconeurosis, son de utilidad en la diferenciación diagnóstica entre esas mismas categorías en la población estudiada.

B) SUJETOS Y METODOLOGIA

Los perfiles utilizados en el presente estudio se encontraban archivados en el Departamento de Psicología del Hospital, y pertenecen a pacientes examinados en dicho Departamento durante los años de 1963 a 1966.

El grupo de esquizofrenia estuvo constituido por 80 casos (48 hombres y 32 mujeres), y el de psiconeurosis por 63 casos (31 hombres y 32 mujeres). La edad promedio para el grupo de esquizofrenia fué de 27 años, la del grupo de psiconeurosis fué de 28 años. Todas las personas incluidas en esta muestra sabían leer y escribir, y tenían una escolaridad mínima del tercer año de primaria; solo bajo estas condiciones se administra

la prueba en el Departamento de psicología.

Esta muestra se deriva de una población de enfermos mentales cuya procedencia es rural en su mayoría, correspondiendo al por ciento para la población total del país que era del 81% en el año de 1958, de acuerdo con un estudio realizado en el mismo Hospital (3). Con base en ese mismo estudio, es de esperar que el grupo de psiconeurosis incluya un número relativamente mayor de personas con procedencia urbana, así como un nivel educacional más alto en relación con el grupo de esquizofrenia.

El criterio de selección para formar los grupos fué el diagnóstico psiquiátrico "final" por considerarse más confiable que el diagnóstico de ingreso. A su ingreso, los pacientes son diagnosticados por los psiquiatras de base o por los residentes e internos. Posteriormente, cuando el paciente va a ser dado de alta, su previo diagnóstico es revisado por el Director Clínico, quien establece el mencionado diagnóstico final o "de salida".

En este hospital se sigue, para la clasificación de los trastornos mentales, la nomenclatura aceptada y recomendada por la Asociación Americana de Psiquiatría.

De acuerdo con dicha clasificación, por psiconeurosis se entiende un desorden caracterizado principalmente por la presencia de ansiedad, la cual puede ser experimentada y expresada por el paciente en forma directa o bien, siendo inconsciente, puede expresarse deformada y mediante el control automático de mecanismos psicológicos de defensa, tales como represión, conversión o desplazamiento. Los pacientes con desórdenes psiconeuróticos no exhiben, como en el caso de los psicóticos, una carencia de la capacidad para examinar y evaluar la realidad externa, ni tendencias a falsificarla en forma de delirios, alucinaciones e ilusiones. Tampoco presentan tales personas una desorganización de la personalidad tan grotesca como sucede con los psicóticos.

Por esquizofrenia se entiende una psicosis funcional caracterizada por apatía, evasión de la realidad, excesiva fantasía, presentando en muchos casos ilusiones y alucinaciones. Si bien esta categoría nosológica-

incluye varios "tipos" (paranoide, catatónica, simple y hebefrénica), -- muy pocas personas exhiben una conducta que coincida con estos estereotipos. Más bien, la mayoría presenta una mezcla de síntomas que inducen a la denominación general de reacción esquizofrénica, caracterizada por -- los síntomas específicos que están presentes. Fundamentalmente, en todos los casos se encuentra disociación, intelectual o emocional, y respuestas inapropiadas a los estímulos de su ambiente.

En todos los casos la prueba fué autoadministrada y en forma individual, empleando una versión abreviada, es decir, terminando la prueba al llegar a la frase número 366. De acuerdo con las instrucciones del Manual de la prueba (11), la consigna consistió en indicarles a los pacientes que iban a contestar las frases con "cierto" o "falso" en la hoja de respuestas según su contenido fuera aplicable o no a sí mismos. Si por alguna circunstancia no podían contestar con cierto o falso, debían dejar en blanco el lugar correspondiente en la hoja de respuestas. Sin embargo, generalmente se les recomendó que dejaran sin contestar el menor número posible. Usualmente los pacientes realizan la prueba en un cubículo del Departamento de Psicología; mientras tanto, el examinador permanece cerca del paciente, calificando o interpretando otras pruebas, de modo que éste no se sienta observado y que se le pueda atender cuando solicita alguna explicación respecto a las frases. Generalmente el Inventario se administra primero que las demás pruebas, excepción hecha de las de inteligencia cuando se sospecha una incapacidad para comprender las frases.

En Costa Rica se ha utilizado el MMPI desde que comenzó a funcionar el Departamento de Psicología del Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapui, en el año de 1957.

Algunos datos sobre el Hospital:

Este Hospital se fundó en 1890 por Decreto Presidencial, y fué denominado, durante cierto tiempo, "Hospicio Nacional de Locos". Su finalidad sería la de acoger a los dementes pobres de toda la República, nacionales o extranjeros, y para su subsistencia se estableció una Lotería

Nacional. Desde su inicio se organizó el hospital conforme a los principios europeos basados en el resurgimiento de la psiquiatría en los fines del siglo XIX, tanto en su vertiente científico-natural como psicodinámica. En el Asilo Chapui (así conocido hasta la actualidad), se practicaban análisis clínicos y estudios anatomopatológicos, y asimismo se creó una biblioteca en donde se podían consultar los libros y revistas alemanes e ingleses más destacados en la especialidad.

Pese a que la capacidad del Hospital es para 500 pacientes, en la actualidad hay internados 1,100. Tal estado de sobrepoblación se ha debido principalmente a la creciente tendencia a aumentar el número de egresos por año, como consecuencia de la necesidad de disminuir el tiempo de estancia de los pacientes, lo que determina un aumento en la población potencial de reingresos. (2).

No obstante la incomodidad con que se trabaja, dado el exceso de pacientes y lo reducido que resulta la actual planta física, el Hospital ha ganado gran prestigio en el área Centroamericana. Digna de destacarse es la labor que se realiza en materia de terapia ocupacional y recreativa. Este Departamento consta de cuatro secciones: 1) Terapia recreativa; 2) Telares y colchonería; 3) Trabajos manuales, en donde se confeccionan juguetes y otros artículos en madera, escobas, etc.; 4) Labores agrícolas, que se realizan en una finca del Hospital en las cercanías de la Capital.

A través de las diversas actividades mencionadas se han alcanzado en buen grado los objetivos ideales: rehabilitar al paciente mejorando y fomentando las relaciones interpersonales así como la consciencia del propio valer. La asignación de una labor para cada paciente se basa en un cuidadoso estudio de la capacidad, habilidades y características de la personalidad del mismo. Tradicionalmente se efectúa cada año (el día de San Rafael, patrono de la Institución) una exposición y venta de los diversos artículos confeccionados por los pacientes, lo que ha estimulado un cierto interés por parte de la comunidad hacia el enfermo mental.

Hace algunos años se estableció el servicio de Consulta Externa y

el Servicio Social. La asistencia de los pacientes hospitalizados está a cargo de 26 psiquiatras y residentes a varios niveles de formación, - que trabajan a tiempo completo, así como de 15 enfermeras graduadas en la Escuela de Enfermería.

El Departamento de Psicología está formado por un psicólogo clínico jefe, un asistente y un psicómetra; se examina un promedio de dos - pacientes diarios. Además, el Personal de este departamento participa - en la formación de los médicos residentes, a través de seminarios didácticos y supervisión de psicoterapia.

En la actualidad existe un comité que trabaja intensamente con el objeto de llevar a cabo, dentro del plazo más breve posible, el proyecto de un "Sistema Hospitalario Psiquiátrico Nacional". Dentro de este proyecto se cuenta la creación de un hospital-granja y el establecimiento - de los servicios "diurno" y "nocturno".

CAPITULO III

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Una vez obtenidas las puntuaciones T promedio para cada escala, se procedió a construir con dichas puntuaciones un perfil para cada uno de los grupos, considerando a hombres y mujeres separadamente. Estos perfiles están representados en las Figs. 1, 2, 3, 4, 5 y 6 (ver páginas siguientes), anotándose sus desviaciones estandard con una línea punteada. En los cuadros I y II se consignan las puntuaciones promedio y sus desviaciones estandard correspondientes a los grupos de esquizofrenia y psiconeurosis respectivamente.

Como puede observarse (Figs. 1 y 2), el perfil de los hombres esquizofrénicos está caracterizado por la clave 826', mientras que el de las mujeres de este grupo lo está por la clave 864'. Por otra parte, ambos perfiles muestran marcadas elevaciones en F sobre T 70, moderadas puntuaciones en L y bajas en K.

En general, la configuración de estos dos perfiles corresponde con el cuadro diagnóstico de los pacientes incluidos en este grupo, de acuerdo con lo establecido por varios autores cuyas investigaciones se han resumido en el Handbook de Dahlstrom y Welsh (7). Así, el predominio del par 86 en estos perfiles acusa la presencia de pensamiento y conducta bizarros o inusuales, así como de creencias ilusorias ya sean de referencia, de influencia o de grandeza. Asimismo, dichas elevaciones evidencian un marcado aislamiento social, y sus actitudes hostiles hacia los demás motivadas por su resentimiento y desconfianza.

Por otra parte, Hathaway y Meehl encontraron en la población psiquiátrica por ellos estudiada la clave 82' en pacientes que, además de presentar alucinaciones paranoides, presentaban depresión, apatía e irritabilidad. Obsérvese que en ambos perfiles las puntuaciones en las escalas 2 (D), 4 (Dp) y 9 (Ma) son de importancia en la configuración, implicando la existencia de marcados sentimientos de inadecuación, pérdida de

CUADRO I

MEDIAS ARITMETICAS Y DESVIACIONES ESTANDARD
PARA EL GRUPO DE ESQUIZOFRENIA

Escala	<u>Hombres</u>		<u>Mujeres</u>	
	Media aritmética (T)	Desviación estandard	Media aritmética (T)	Desviación estandard
L	59	12.57	63	12.84
F	79	15.93	83	15.13
K	51	11.44	53	11.70
1(Hs)	69	13.78	62	11.09
2(D)	74	17.00	67	12.76
3(Hi)	65	8.12	62	10.95
4(Dp)	69	19.92	71	13.85
5(Mf)	67	5.09	61	9.32
6(Pa)	74	13.49	74	15.19
7(Pt)	66	20.68	60	14.17
8(Es)	79	16.46	75	16.00
9(Ma)	67	12.44	65	13.49

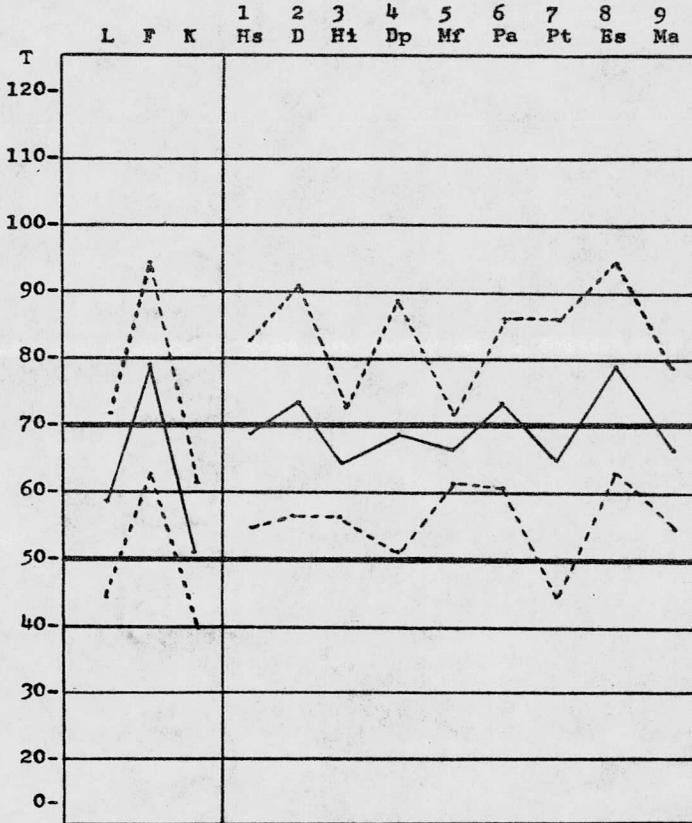


Fig. 1

Perfil de los hombres del grupo de Esquizofrenia (N:48) obtenido con las medias aritméticas (en T) de cada escala. La línea punteada indica las desviaciones estandard.

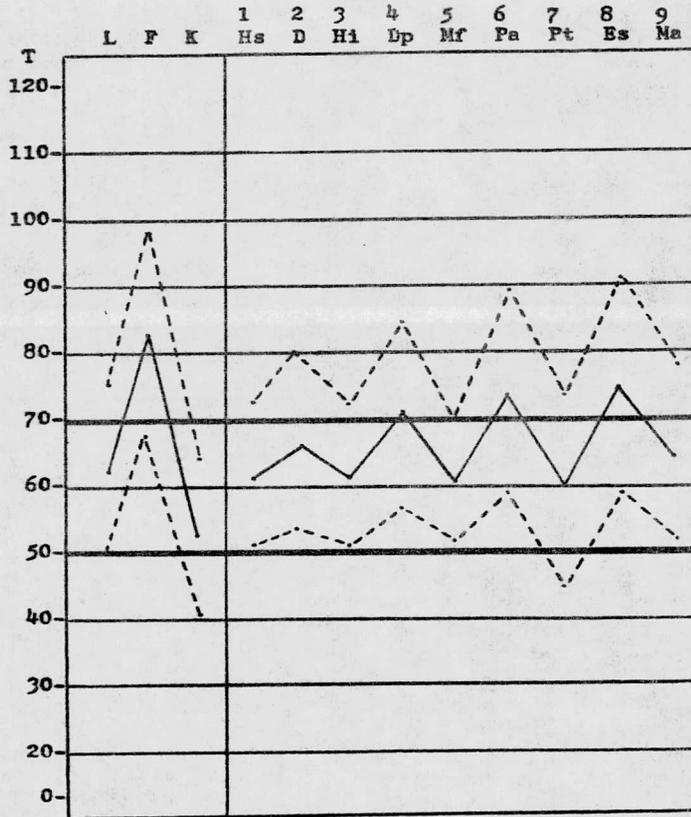


Fig. 2

Perfil de las mujeres del grupo de Esquizofrenia (N:32) obtenido con las medias aritméticas (en T) de cada escala. La línea punteada indica las desviaciones estandard.

interés en las cosas, inconformidad y rebeldía respecto a las normas convencionales, tendencia a actuar impulsivamente, así como una marcada irritabilidad.

En relación con las escalas de validez, las puntuaciones ofrecidas por estos grupos son también características de pacientes francamente psicóticos. Así, la marcada elevación en F indica la presencia de pensamientos y creencias peculiares, apatía, evasividad en las relaciones sociales así como un inadecuado control de los impulsos. Por otro lado, la baja puntuación en K evidencia la pobreza de las defensas de estas personas, así como la aceptación franca de sus síntomas.

Las Figs. 3 y 4 representan, respectivamente, los perfiles promedio obtenidos para los hombres y mujeres psiconeuróticos. En el Cuadro II se consignan las medias aritméticas para cada escala y sus desviaciones estándar. Para interpretar estos perfiles se procedió a compararlos con los ofrecidos por los esquizofrénicos, escala por escala, estableciendo las diferencias entre sus medias aritméticas. El Cuadro III muestra los resultados de dicha comparación.

Como se puede observar, tanto en hombres como en mujeres existen diferencias significativas, a favor de psiconeurosis, en la escala 3 (Hi), mientras que en la 1 (Hs) la diferencia es sólo significativa para las mujeres y en la 2 (D) sólo para los hombres (ambos de psiconeurosis). A favor de la esquizofrenia sólo existen dos diferencias significativas, en F y en la escala 5 (Mf), ambas en el perfil de las mujeres. Considerando el grupo de hombres psiconeuróticos, su perfil sólo es diferente del de los esquizofrénicos en forma significativa, en cuanto a las escalas 2 (D) y 3 (Hi), en donde ofrece las mayores elevaciones. De acuerdo con esto, la interpretación dada anteriormente para el perfil de los esquizofrénicos es aplicable, en general, para el perfil de este grupo de psiconeuróticos por lo que respecta a las escalas 6 (Pa), y 8 (Es). Es decir, este grupo de psiconeuróticos ofreció un perfil con características propias de una psicosis, presentando como rasgo distintivo una depresión más severa y la utilización marcada de mecanismos histéricos, frente a los esquizofrénicos.

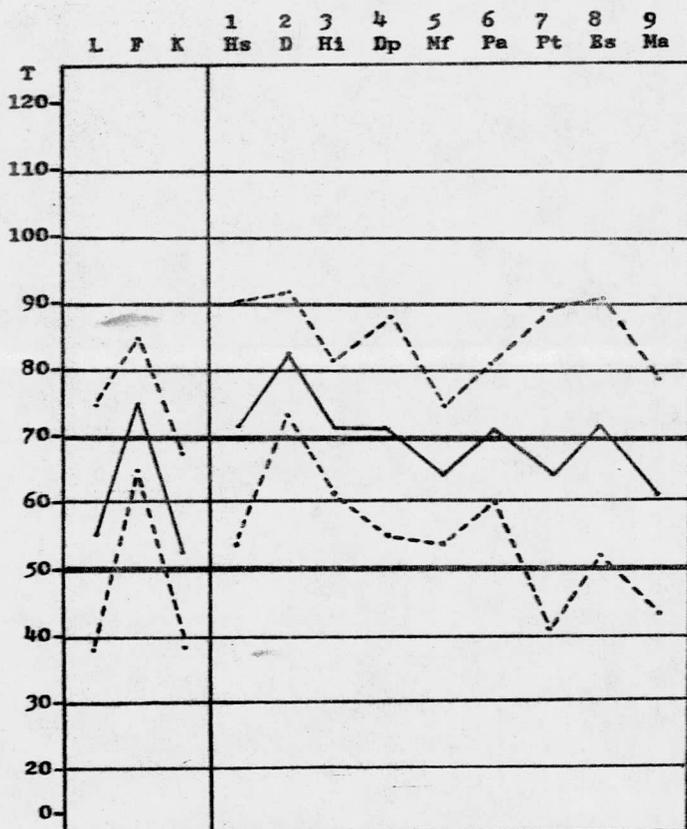


Fig. 3

Perfil de los hombres del grupo de Psiconeurosis (N:31) obtenido con las media aritméticas (en T) para cada escala. La línea punteada indica las desviaciones estandar.

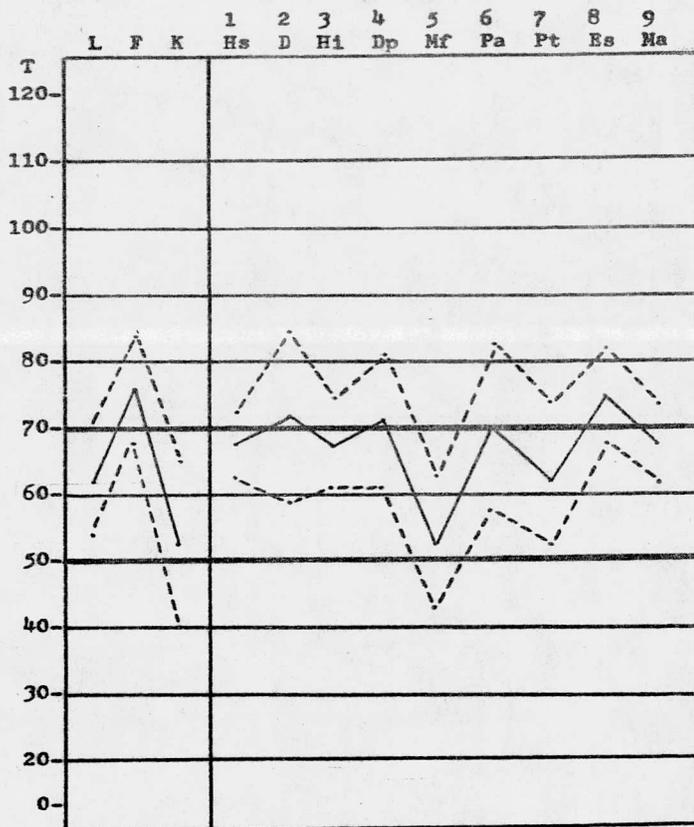


Fig. 4

Perfil de las mujeres del grupo de Psiconeurosis (N:32) obtenido con las medias aritméticas (en T) de cada escala. La línea punteada indica las desviaciones estandard.

CUADRO II

MEDIAS ARITMETICAS Y DESVIACIONES ESTANDARD
PARA EL GRUPO DE PSICONEUROSIS

Escala	<u>Hombres</u>		<u>Mujeres</u>	
	Media aritmética (T)	Desviación estandard	Media aritmética (T)	Desviación estandard
L	56	18.54	62	7.90
F	75	9.74	76	8.42
K	53	14.89	53	13.15
1(Hs)	72	17.52	68	4.58
2(D)	83	9.48	72	12.68
3(Hi)	72	10.48	68	6.55
4(Dp)	72	16.43	71	9.94
5(Mf)	65	10.04	53	10.29
6(Pa)	71	11.35	70	13.30
7(Pt)	65	24.33	63	11.13
8(Es)	72	19.57	75	7.41
9(Ma)	61	16.82	68	5.91

CUADRO III
MEDIAS ARITMETICAS Y PROPORCIONES CRITICAS
PARA DOS GRUPOS NOSOLOGICOS

a) Hombres

Escala	Media arit. en Esquizofrenia (T)	Media arit. en Psiconeurosis (T)	Prop. crítica(')	Diferencia a favor de:
L	59	56	0.46	No signif.
F	79	75	1.41	No signif.
K	51	53	0.66	No signif.
1(Hs)	69	72	0.80	No signif.
2(D)	74	83	3.19	Psiconeur.
3(Hi)	65	72	3.50	Psiconeur.
4(Dp)	69	72	0.77	No signif.
5(Mf)	67	65	1.15	No signif.
6(Pa)	74	71	1.23	No signif.
7(Pt)	66	65	0.19	No signif.
8(Es)	79	72	1.69	No signif.
9(Ma)	67	61	1.73	No signif.

(') Proporciones críticas de 1.96 o mayores indican significancia al nivel de .05, y de 2.58 o mayores, al nivel de .01.

CUADRO III (Continuación)
MEDIAS ARITMETICAS Y PROPORCIONES CRITICAS
PARA DOS GRUPOS NOSOLOGICOS

b) Mujeres

Escala	Med. Arit. en Esquizofrenia (T)	Med. Arit. en Psiconeurosis (T)	Prop. crítica	Diferencia a favor de:
L	63	62	0.37	No signif.
F	83	76	2.33	Esquizofr.
K	53	53	0.0	No hay dif.
1(Hs)	62	68	3.38	Psiconeur.
2(D)	67	72	1.58	No signif.
3(Hi)	62	68	2.69	Psiconeur.
4(Dp)	71	71	0.0	No hay dif.
5(Mf)	61	53	3.58	Esquizofr.
6(Pa)	74	70	1.15	No signif.
7(Pt)	60	63	1.00	No signif.
8(Es)	75	75	0.0	No hay dif.
9(Ma)	65	68	1.22	No signif.

Considerando el perfil de las mujeres psiconeuróticas, se observa que también para dicho perfil son aplicables las descripciones propias para el perfil de las mujeres esquizofrénicas. En este caso la nota distintiva es la presencia de una marcada utilización de somatizaciones con un carácter histérico. Asimismo este grupo ofreció una puntuación mayor (en puntuación bruta) en la escala 5 (Mf) por comparación con las esquizofrénicas. Esto sugiere que tales pacientes presentaban serias dificultades en relación con su ajuste al papel femenino. Las mujeres con importantes elevaciones en esta escala han sido descritas como poco sensitivas y emotivas, toscas y negligentes. Sin embargo, esta interpretación es muy tentativa ya que en este aspecto son de gran importancia las diferencias socio-culturales y por lo tanto no se pueden aplicar aquí directamente las implicaciones que esta escala tiene para las norteamericanas.

De acuerdo con lo establecido por varios autores, para estos grupos de psiconeurosis era de esperar un perfil que mostrara un predominio de las escalas 1 (Hs), 2 (D) y 3 (Hi), la "triada neurótica", sobre las escalas 6 (Pa), 7 (Pt), 8 (Es) y 9 (Ma), o sea la "tetrada psicótica". -- Por otra parte, dichos perfiles deberían presentar una puntuación en F mucho más baja que la ofrecida por los grupos de esquizofrenia, así como un valor de K más alto. Por el contrario, como ya se ha visto, este grupo de psiconeurosis ofreció perfiles sin esas características.

Ante esta aparente incongruencia se pensó que algunas características o peculiaridades de estos pacientes deberían explicar la ambigüedad de su perfil con relación al de los esquizofrénicos. Entonces se observó, aunque sin determinarlo todavía cuantitativamente, que en el informe psicológico de muchos de estos pacientes la impresión diagnóstica basada en la entrevista y en otras pruebas, incluía la denominación "psiconeurosis más otros componentes" como personalidad esquizoide, fondo o sub-estructura esquizofrénica, o actitudes paranoides.

De acuerdo con esto se procedió a formar un nuevo grupo incluyendo solamente los perfiles de aquellos casos en cuyo informe psicológico no se mencionaba la existencia de dichos componentes. Este grupo, "Psico

neurosis derivado" quedó constituido por 22 casos, 12 hombres y 10 mujeres. Sus perfiles promedio se representan en las Figs. 5 y 6; su medias aritméticas y las derivaciones estandard se consignan en el Cuadro IV.

Como se puede observar en el Cuadro V por lo que respecta tanto a los hombres como a las mujeres, sus puntuaciones en las escalas 6, 7, 8 y 9 (la "tetrada psicótica") son significativamente bajas, así como en la escala F. También ambos grupos ofrecen una puntuación significativamente más alta en K que los esquizofrénicos. De acuerdo con estos resultados el grupo formado por estos 22 pacientes ofreció un perfil que corresponde adecuadamente a la categoría nosológica a que pertenecen. En este sentido la descripción implícita en su configuración de las escalas sería la de personas cuya perturbación no ha desorganizado o distorsionado en forma importante su personalidad como en la psicosis, lo que les permite un funcionamiento social más o menos adecuado. Asimismo, su perfil no evidencia, como en los grupos estudiados anteriormente, que su conducta externa se haya visto afectada por sus experiencias interiores con la resultante falsificación de la realidad.

Aquí de nuevo se observa una diferencia en la configuración entre el perfil de los hombres y el de las mujeres. Pese a que, en términos de la puntuación bruta los valores en las escalas 1, 2 y 3 son similares para hombres y mujeres, el hecho es que para los hombres tales puntuaciones implican una mayor desviación de lo "normal" si se toma como límite la puntuación T 70. Por lo tanto, la marcada elevación de estas tres escalas dada por los hombres no quiere decir que éstos presentaran una sintomatología más severa que las mujeres en cuanto a depresión, hipocondriasis e histeria (escala 1, 2 y 3). Más bien, esto indica que el mismo grado de severidad en dicha sintomatología adquiere una importancia distinta cuando se considera a hombres y mujeres por separado.

También en cuanto a la K se observa cierta diferencia al considerar el perfil de los hombres con el de las mujeres. Ambos ofrecen una puntuación mayor que los grupos de esquizofrenia; sin embargo, sólo en el caso de los hombres la diferencia a favor de psiconeurosis es significativa. Es de

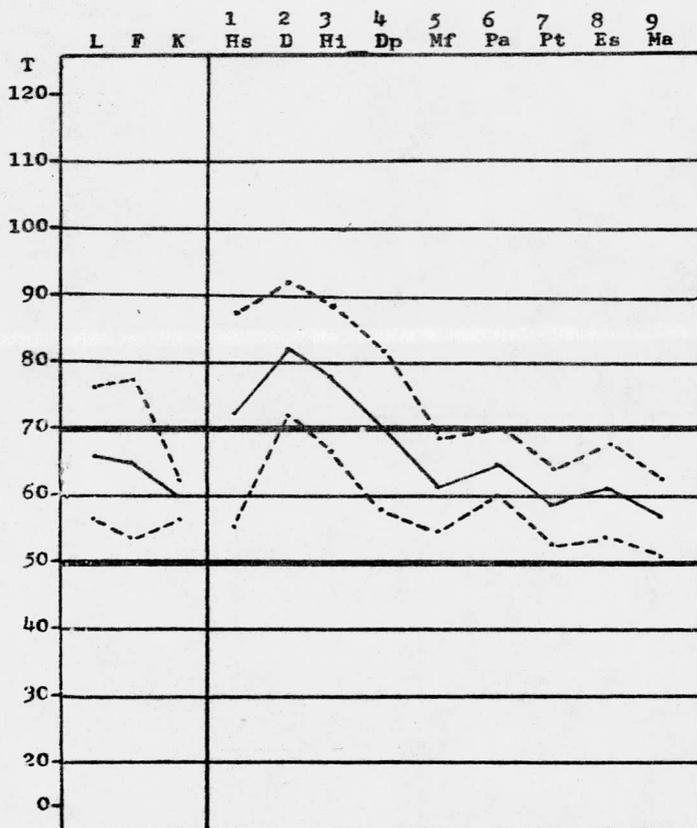


Fig. 5

Perfil de los hombres del grupo de Psiconeurosis Derivado (N:12) obtenido con las medias aritméticas (en T) de cada escala. La línea punteada indica las desviaciones estandar.

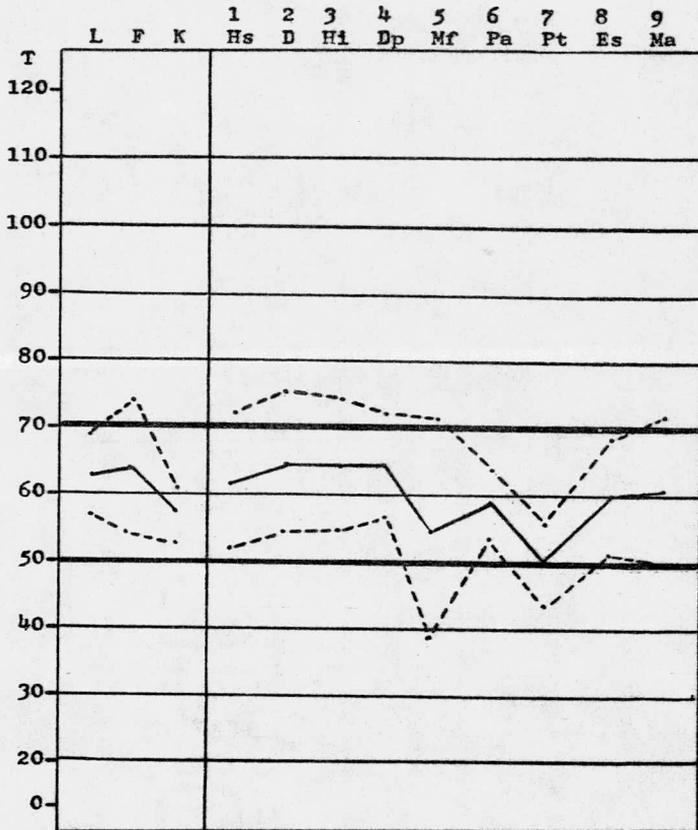


Fig. 6

Perfil de las mujeres del grupo de Psiconeurosis Derivado (N:10) obtenido con las medias aritméticas (en T) de cada escala. La línea punteada indica las desviaciones estandar.

CUADRO IV

MEDIAS ARITMETICAS Y DESVIACIONES ESTANDARD
PARA EL GRUPO DERIVADO DE PSICONEUROSIS

Escala	<u>Hombres</u>		<u>Mujeres</u>	
	Media aritmética (T)	Desviación estandard	Media aritmética (T)	Desviación estandard
L	67	10.00	63	5.91
F	66	11.87	64	10.24
K	60	3.00	57	4.35
1(Hs)	72	15.84	62	9.79
2(D)	82	10.04	65	10.72
3(H1)	78	10.63	65	10.24
4(Dp)	70	12.16	65	8.48
5(Mf)	62	6.85	55	15.96
6(Pa)	65	4.89	59	5.47
7(Pt)	59	5.55	50	6.32
8(Es)	61	7.00	60	9.16
9(Ma)	57	6.32	61	11.18

CUADRO V
MEDIAS ARITMETICAS Y PROPORCIONES CRITICAS
PARA DOS GRUPOS NOSOLOGICOS

a) Hombres

Escala	Media arit. en Esquizofrenia (T)	Media arit. en Psicon. Deriv. (T)	Prop. crítica(')	Diferencia a favor de:
L	59	67	2.41	Esquizofr.
F	79	66	3.15	Esquizofr.
K	51	60	6.38	Psiconeur.
1(Hs)	69	72	0.60	No signif.
2(D)	74	82	2.13	Psiconeur.
3(Hi)	65	78	3.92	Psiconeur.
4(Dp)	69	70	0.22	No signif.
5(Mf)	67	62	2.50	Esquizofr.
6(Pa)	74	65	4.03	Esquizofr.
7(Pt)	66	59	2.02	Esquizofr.
8(Es)	79	61	6.81	Esquizofr.
9(Ma)	67	57	4.09	Esquizofr.

(') Proporciones críticas de 1.96 o mayores indican significancia al nivel de .05, y de 2.58 o mayores, al nivel de .01.

CUADRO V (Continuación)
MEDIAS ARITMETICAS Y PROPORCIONES CRITICAS
PARA DOS GRUPOS NOSOLOGICOS

b) Mujeres

Escala	Media art. en Esquizofrenia (T)	Media arit. en Psicon. Deriv. (T)	Prop. crítica	Diferencia a favor de:
L	63	63	0.0	No hay dif.
F	83	64	4.61	Esquizofr.
K	53	57	1.78	No signif.
1(Hs)	62	62	0.0	No hay dif.
2(D)	67	65	0.48	No signif.
3(Hi)	62	65	0.83	No signif.
4(Dp)	71	65	1.73	No signif.
5(Mf)	61	55	1.15	No signif.
6(Pa)	74	59	5.00	Esquizofr.
7(Pt)	60	50	3.33	Esquizofr.
8(Es)	75	60	3.75	Esquizofr.
9(Ma)	65	61	0.96	No signif.

cir, que estos hombres fueron, en general, los pacientes más defensivos - de todos los grupos estudiados. Posiblemente, debido a esta actitud defensiva es que su puntuación en la escala 5 (MF) fue significativamente baja con relación a los hombres esquizofrénicos, implicando una marcada negación de alguna afinidad con ciertos intereses típicamente femeninos.

CAPITULO IV.

A) CONSIDERACIONES GENERALES

De acuerdo con el análisis de los perfiles ofrecidos por los grupos de esquizofrenia y de psiconeurosis (grupo derivado), se observa que la configuración de las diferentes escalas corresponde, en general, con el cuadro diagnóstico de los pacientes incluidos en dichos grupos, según lo establecido por Hathaway y otros autores.

Las diferencias significativas entre las puntuaciones promedio considerando a los dos grupos nosológicos, se ajustan a lo esperado, sobre todo al establecerse la ausencia, en el perfil del grupo derivado de psiconeurosis, de las elevaciones que en F y en las escalas 6 (Pa), 7 (Pt), y 8 (Fs) caracterizaron ampliamente a los esquizofrénicos. En cuanto a la escala 9 (Ma), sólo las mujeres del grupo derivado de psiconeurosis no obtuvieron una puntuación significativamente baja respecto a las esquizofrénicas. Sin embargo, su elevación en esta escala es moderada (ver Fig. 6), y no sobrepasa a la "triada neurótica". Por otra parte, es interesante observar, a propósito de la "triada neurótica", que sólo la escala 1 (Hs) no obtuvo una puntuación significativamente alta a favor de psiconeurosis. Esto aparentemente no corresponde con lo esperado. Sin embargo, el hecho de que al utilizar la forma abreviada de la prueba se omitan 7 frases de K, podría explicar esta aparente incongruencia, ya que de haberse agregado la proporción correspondiente de K a Hs esta escala hubiera aumentado su valor en buena medida. Recuérdese al respecto que los psiconeuróticos ofrecen usualmente las mayores puntuaciones en K. Por lo tanto, utilizando todas las frases del Inventario, cabe esperar para una muestra de psiconeuróticos similar a la estudiada aquí, una mayor elevación en la escala 1 y por consiguiente, una preponderancia de la "triada neurótica" completa. Por otra parte, y no obstante lo anterior, la ausencia de una diferencia significativa en Hs a favor de psiconeurosis, puede deberse simplemente a que también muchos esquizofrénicos presentan una preocupación excesiva por su funcionamiento físico.

En relación con el perfil de esquizofrenia, específicamente el de -

las mujeres, con su clave 864', resulta de interés señalar que en un estudio realizado por Josefa Mena en México (5), en 1965, un grupo de mujeres esquizofrénicas ofreció un perfil con la clave 86'. En dicho estudio, además, se enfatiza el hecho de que el mencionado perfil muestra puntuaciones sobre T 60 y 70; es decir, una desviación de los límites establecidos para la población "normal" de Minnesota. En el presente estudio, como puede observarse, en general se presenta la misma tendencia.

Finalmente, merece una consideración especial el perfil ofrecido -- por el grupo original de psiconeurosis. Como se recordará, en este grupo -- estaban incluidos 41 casos cuyo informe psicológico acusaba la presencia de "otros componentes" asociados a su cuadro psiconeurótico. Es decir, los aspectos psicóticos que se evidenciaron en su perfil estaban corroborados por los resultados en las demás pruebas. Sin embargo, su diagnóstico psiquiátrico final estableció solamente una psiconeurosis, y esto posiblemente debido a que en el cuadro clínico de estos pacientes lo más aparente fueron -- diversos síntomas psiconeuróticos: depresión, hipocondriasis, mecanismos -- histéricos, mientras que los posibles síntomas psicóticos no se habían presentado en una forma bien definida y por lo tanto, predominante en el cuadro.

Sin embargo, la anterior explicación permanece a un nivel bastante tentativo, toda vez que el presente estudio no ofrece un estudio detallado de cada paciente, en especial los resultados de una entrevista previa a la administración de la prueba. Como se emncionó en el Capítulo II, este estudio se realizó sobre perfiles archivados en el Hospital; por lo tanto, aún en el caso de que algunos pacientes se encontraran todavía en el Hospital, -- los datos de una entrevista se hubieran visto muy afectados por factores como el tratamiento y su internamiento mismo.

B) RESUMEN Y CONCLUSIONES.

En el presente estudio se han revisado los perfiles obtenidos con el MMPI, pertenecientes a 80 pacientes esquizofrénicos (48 hombres y 32 mujeres), y a 63 psiconeuróticos (31 hombres y 32 mujeres), todos atendidos en el Hospital Psiquiátrico de Costa Rica. Una vez efectuada la comparación entre dichos perfiles se encontró que, de acuerdo con las normas de interpretación basadas en otras investigaciones, los perfiles medios del grupo de esquizofrenia distinguieron adecuadamente a dicho grupo, no así los perfiles del grupo de psiconeurosis. Ante esta aparente ambigüedad, se procedió a formar un nuevo grupo de psiconeurosis, derivado del grupo original; quedó constituido este grupo por 22 perfiles (12 de hombres y 10 de mujeres), de los pacientes en cuyo informe psicológico no se acusaba la presencia de componentes psicóticos, asociados a su cuadro psiconeurótico. Este nuevo grupo sí ofreció perfiles más acordes con el diagnóstico de psiconeurosis, mostrando marcadas diferencias respecto a los perfiles del grupo de esquizofrenia, en el sentido esperado.

Del análisis de los resultados obtenidos pueden extraerse las siguientes conclusiones:

1.- El perfil de los hombres esquizofrénicos se caracterizó por la clave 862'. De acuerdo con el orden decreciente de sus valores, la configuración de las escalas de validez es: F L K; la F sobrepasa el valor de T. 70.

2.- El perfil del grupo de mujeres esquizofrénicas se caracterizó por la clave 864'. La configuración de las escalas de validez es: F L K, siguiendo el orden decreciente de sus valores. La F sobrepasa el valor de T 70.

3.- El perfil de los hombres del grupo original de psiconeurosis se caracterizó por la clave 21386'. La configuración de las escalas de validez es F L K, de acuerdo con el orden decreciente de sus valores; la F sobrepasa el valor de T 70.

4.- El perfil de las mujeres del grupo original de psiconeurosis se caracterizó por la clave 824'. La configuración que muestran las escalas de validez es también F L K; la puntuación de F sobrepasa el valor de T 70.

5.- El perfil de los hombres del grupo derivado de psiconeurosis se caracterizó por la clave 231'. La configuración de las escalas de validez es: L F K, de acuerdo con el orden decreciente de sus valores. La puntuación de F. se encuentra por debajo de T 70.

6.- El perfil del grupo de mujeres del grupo derivado de psiconeurosis se caracterizó por la clave '2341896. Las escalas de validez muestran la configuración F L K; la puntuación de F se encuentra por debajo de T 70.

7.- Comparando el perfil de los hombres esquizofrénicos con el de los hombres del grupo original de psiconeurosis, dos escalas, la 2 (D) y la 3 (H1), resultaron significativamente altas a favor de psiconeurosis; respecto a las demás escalas, estos grupos no se diferencian significativamente.

8.- Comparando el perfil de las mujeres esquizofrénicas con el de las mujeres del grupo original de psiconeurosis, resultaron significativamente altas cuatro escalas, dos a favor de esquizofrenia: la F y la 5 (Mf), y dos a favor de psiconeurosis: la 1 (Hs) y la 3 (H1). Respecto a las demás escalas, tampoco hay diferencias significativas entre estos grupos.

9.- Al comparar el perfil de los hombres esquizofrénicos con el de los hombres del grupo derivado de psiconeurosis, resultaron significativamente altas, a favor de psiconeurosis, tres escalas: K, 2 (D) y 3 (H1); a favor de esquizofrenia siete escalas: L, F, 5 (Mf), 6 (Pa), 7 (Pt), 8 (Es) y 9 (Ma). Sólo dos escalas, la 1 (Hs) y la 4 (Dp), no muestran diferencias significativas entre estos grupos.

10.- Al comparar el perfil de las mujeres esquizofrénicas con el de las mujeres del grupo derivado de psiconeurosis, cuatro escalas resulta-

ron significativamente altas, a favor de esquizofrenia: F, 6(Pa), 7(Pt), y 8(Es). Respecto a las demás, estos grupos no se diferencian significativamente.

11.- Los perfiles de los grupos nosológicos estudiados han mostrado, en general, desviaciones sobre los límites normales establecidos para la población de Minnesota. Sin embargo, se siente la necesidad de contar con normas nacionales para la población general de Costa Rica, que permitan interpretar más adecuadamente los perfiles clínicos de los pacientes de este país.

12.- En general, los resultados de este estudio han evidenciado la utilidad del MMPI en la diferenciación entre esquizofrenia y psiconeurosis, sobre la población de enfermos estudiada. Este hecho hace muy recomendable extender la investigación con la prueba sobre otros grupos diagnósticos de esa misma población psiquiátrica.

BIBLIOGRAFIA



- 1.- Adis Castro, Gonzalo.- Terapia Ocupacional y recreativa en el Hospital Psiquiátrico M. A. Chapui.- San José, -- Costa Rica: Junta de Protección Social, 1962.
- 2.- Adis Castro, Gonzalo.- Observaciones en pacientes del Hospital Psiquiátrico M. A. Chapui. San José, Costa Rica: Junta de Protección Social, 1962.
- 3.- Adis Castro, Gonzalo y Umaña Araya, Rodrigo.- Algunas características socio-económicas en tres grupos nosológicos de enfermos mentales. San José, Costa Rica: CIP. Fac. Ciencias y Letras. U.C.R.- 1964.
- 4.- Anastasi, Anne.- Differential Psychology. New York: Macmillan, 1963.
- 5.- Anastasi, Anne Psychological Testing. New York: Macmillan, 1961.
- 6.- Crombach, J. L. Fundamentos de la exploración Psicológica. Madrid: Biblioteca Nueva, 1963.
- 7.- Dahlstrom, W. G., and Welsh, G. S.- An MMPI handbook. Minneapolis: The University of Minnesota Press, 1960.
- 8.- Dana, R. H.- Foundations of Clinical Psychology. D. Van -- Nostrand Company, 1966.
- 9.- Freeman, F. S.- Theory and practice of psychological testing. New York: Holt, Rinehart and Wiston, 1955.
- 10.- Gilbertsadt, H and Duker, Jan.- A handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation. Philadelphia: W.B. Saunders, 1965.

- 11.- Hathaway, R. S. y McKinley, J. C. Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota, MMPI Español: - Manual. (Rev. 1951. Trad. del Dr. Rafael - Núñez).- México: El Manual Moderno, 1967.
- 12.- Hathaway, R. S. and Meehl, P. E.- An Atlas for the clinical use - of the MMPI. Minneapolis: The University - of Minnesota Press, 1951.
- 13.- Klett, W. G., and Vestre, N. D. Demographic and prognostic characteristics of psychiatric patients classified by gross MMPI measures Proceedings, 75th. Annual Convention, APA.1967.
- 14.- Marks, P. A. and Seeman, W. The actuarial description of abnormal personality. Baltimore: Williams and Wilkins, 1963.
- 15.- Mena Franco, Josefa.- Estudio psicológico sobre el MMPI y su -- aplicación a dos grupos de pacientes psiquiátricas mexicanas. México. U.N.A.M., Fac. de Fil. y Let. 1965.
- 16.- Noyes A.P., y Kolb, L. C.- Psiquiatría clínica moderna. México, La Prensa Médica Mexicana, 1961.
- 17.- Núñez Obando, Rafael.- La aplicación del MMPI en la psicopatología. México: El Manual Moderno (En prensa)
- 18.- Welsh, G. S. and Dahlstrom, W. G. Basic Readings on the MMPI in Psychology and Medicine. Minneapolis: -- The University of Minnesota Press. 1956.