



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO EXPLORATORIO DE RASGOS
CARACTEROLOGICOS DE UN GRUPO DE ADULTOS
CON PROBLEMAS EMOCIONALES

Utilización de la técnica actuarial del MMPI

T E S I S

Que para obtener el Diploma de
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA Y
PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES

p r e s e n t a

Lic. Isabel Menéndez Muñiz



Director de Tesis: Dr. Rafael Núñez

MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

01941
1-A
29



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.

INDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCION.....	3
MARCO TEORICO	
Definición, objetivos y origen de la psicoterapia.....	8
Mecanismos de mejoría y etapas de la psicoterapia.....	9
Desarrollo histórico de la terapia de grupo.....	10
El grupo institucional.....	14
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).....	17
Concepto de la metodología actuarial.....	20
METODOLOGIA	
Planteamiento del problema.....	25
Hipótesis.....	25
Método.....	25
Diseño.....	25
Procedimiento.....	27
Resultados.....	27
Características de Predicción del análisis de datos clínicos para cada uno de los casos de este estudio.....	28
Análisis cualitativo de los resultados.....	43
Conclusiones.....	45
Limitaciones y Sugerencias.....	46
Análisis cualitativo de datos clínicos e interpretaciones del MMPI para cada uno de los casos.....	47
Apéndices.....	48
Bibliografía.....	79

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue el comparar la posibilidad predictiva de los métodos clínicos versus el método actuarial, utilizando el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) así como las entrevistas iniciales, autobiografías e historias clínicas de pacientes, candidatos a terapia de grupo.

Para ello se evaluaron los expedientes de 15 pacientes, 7 mujeres y 8 hombres, cuyas edades fluctuaron entre los 26 y los 44 años de edad, que pretendían ser canalizados a terapia de grupo de corte psicoanalítico.

Se les hizo una entrevista inicial y en algunos casos, se les entregó una forma para que llenaran su autobiografía, en una entrevista posterior se les aplicó el MMPI. Las aplicaciones se evaluaron mediante un método automatizado para la calificación del MMPI y después se compararon cualitativamente los dos procedimientos.

Se observó que el procedimiento actuarial, utilizando el MMPI originado por Hathaway y McKinley ofrece mayor número de características que el método clínico.

No se realizó el procedimiento estadístico, ya que el objeto de esta tesis fue el seleccionar las personas, para ver la posibilidad de integrarlas en terapia de grupo y analizarlas por medio de una técnica cualitativa.

No obstante se realizó un análisis cualitativo de los resultados de los métodos de predicción estadístico.

INTRODUCCION

Una de las inquietudes persistentes en el campo de la psicología clínica es la de probar la superioridad del criterio clínico sobre el estadístico y viceversa.

Esta investigación está basada en primer lugar en una serie de conferencias dictadas por el Dr. Paul Meehl, a estudiantes de posgrado y de doctorado en las universidades de Iowa, Chicago y Wiconsin y de una serie de pláticas ofrecidas a los profesionales de Administración de Veteranos y de la Clínica de Higiene Mental en el Fuerte Snelling en Minnesota. Meehl (1954) señalaba, que aunque estaba en desacuerdo con algunas de las formulaciones teóricas del método clínico, la orientación básica y la filosofía clínica de su maestro y colega Dr. Starke Hatahway se encuentran estrictamente incluidas en todo el material que el presenta.

Meehl cree, que en general, es importante esclarecer su propia posición en forma explícita, ya que según la opinión de sus alumnos de psicología clínica en la Universidad de Minnesota, él estaba en contra de la estadística o de los clínicos. Un estudiante de clínica le sugirió que hiciera una marca en la lista de proporciones en pro y en contra de adjetivos honoríficos y peyorativos que él utilizaba y sus alumnos descubrieron que su conducta verbal se encontraba exactamente en el centro del dilema. El estaba consciente de que el estilo y la secuencia de su trabajo reflejaba su propia ambivalencia y su asombro real, por lo que en forma deliberada dejó sus escritos en forma discursiva para mantener el sabor del conflicto mental que obsesiona a la mayoría de psicólogos que trabajan en la clínica y que a la vez intentan ser científicos.

Se escuchan y se leen muchas resoluciones rápidas de esta controversia. El tema no es tan sencillo. No sorprende por lo tanto, el descubrir que las mismas secciones que un lector encuentra obvias y muy elaboradas, otros las encuentran particularmente difíciles, es decir, esta es la forma contradictoria en que el punto de vista de la hipótesis de Meehl es aceptada.

Meehl indica que no existe una razón convincente para asumir que las reglas matemáticas explícitamente formalizadas y la creatividad clínica son igualmente adecuadas para una intención dada, o que la comparación de la efectividad de estos métodos es igual en diferentes

intervenciones. La práctica clínica, debería ser examinada más detalladamente de lo que ha sido en estos temas.

Meehl, considera que el clínico dedica, en forma irracional, gran parte del tiempo al intento de lograr consideraciones pronósticas, por medio de formulaciones dinámicas y en discusiones de colegas, que podrían ser realizadas de manera más breve y eficiente por personas con menor escolaridad y con menores honorarios, por medio de un trabajo sistemático y persistente de los complejos métodos estadísticos. Él pensaba que en esta forma se dejaría en libertad al clínico especializado, para dedicarse a la psicoterapia y a la investigación para lo cual se necesita experiencia y conocimientos sólidos.

Meehl es psicólogo clínico e investigador y debido a esto, se encuentra en una posición favorable para observar en forma objetiva el punto de vista de cualquiera de las dos partes, clínica o actuarial. Cuando los principales componentes de la controversia acerca de lo clínico y lo actuarial consideran la separación de análisis metodológicos, él piensa que se podrían señalar algunas consideraciones justas acerca de los dos métodos. Opina que lo más que se podría esperar es que la discusión tanto de lo clínico, como de lo estadístico, se hiciera en forma imparcial. Esperaba que sus aportes, transmitieran la opinión de que existe un punto de vista claro, del MMPI predecible en base a categorías convencionales (Nomotética, dinámica, conductual, empiricista, global, objetivista, analíticamente orientado y todos esos puntos de vista). Enfatizaba que los que piensan acerca de temas clínicos en estos términos parciales, no pueden comprender las complejidades de la realidad clínica.

El objetivo de este trabajo es el comparar la posibilidad predictiva de los métodos clínicos versus el actuarial. Durante muchos años se ha hecho énfasis en la intuición clínica, sin tomar en consideración el método estadístico tanto en el estudio de la personalidad, como en los procesos psicodiagnósticos y en el pronóstico. Aparentemente, en las discusiones entre los defensores de ambas metodologías el conflicto está entre la intuición clínica y la utilización de matemáticas en el proceso predictivo.

Los psicólogos clínicos y los psiquiatras durante mucho tiempo ignoraron el tema, tanto en Europa como en Estados Unidos de Norte América que eran los países donde se originó. Las primeras investigaciones en Estados Unidos fueron las realizadas por Gordon Allport y su grupo.

La frase "intuición clínica" cubría dos situaciones diferentes. La primera era aquella en la que el

clínico responde con un diagnóstico, predictivo acerca del paciente y cuando se le preguntaba acerca de la evidencia de su afirmación respondía que sencillamente sentía intuitivamente que esto y aquello era la situación del caso. "Mi tercer oído me lo indica", o "No lo sé, pero siento que en realidad este paciente...", o "Me da la impresión que es esquizo...", ó "Siento que si uno ha trabajado con muchos psicópatas, uno no puede fallar cuando ve en este paciente cuadros similares al de los psicópatas", pero algunas veces indicaban, "Lo siento mucho al no poder ofrecer mayor número de sugerencias, pero pienso que este paciente es...". Naturalmente cuando las personas escuchan este tipo de comentarios, se sienten completamente insatisfechos. Por esa razón se hizo necesario que la enseñanza tanto de la Psicología Clínica como de la Psiquiatría buscara métodos más explícitos y por esa razón, se insistió en procedimientos de enseñanza basados en investigaciones, la utilización de grupos profesionales de la salud mental en instituciones que llegaran a un acuerdo racional tanto acerca del psicodiagnóstico como del procedimiento terapéutico.

En diferentes instituciones de enseñanza se comenzaron a interrogar acerca de la confiabilidad de la "intuición clínica" y encontraron que en muchos casos el clínico intuitivo se basaba en ciertos tipos de conducta de los pacientes para llegar a sus conclusiones, gestos, verbalizaciones, expresiones corporales, que no eran discriminadas en forma consistente, ya que observando y entrevistando al mismo paciente varios clínicos llegaban a conclusiones muy diferentes. Surgieron entonces interrogantes relacionadas con las modalidades sensoriales, las diferencias individuales de los clínicos observadores en relación a sus predicciones intuitivas.

Muchos clínicos indicaron que no sentían necesario considerar las verbalizaciones del paciente, e indicaron que no era necesario entrevistar al paciente para llegar a una hipótesis en especial, ya que la sola observación de éste era suficiente. Una vez que esta hipótesis era concebida acerca del paciente, no consideraban importante el demostrar que la hipótesis estaba relacionada con los hechos (Meehl, P. 1954).

Meehl realizó estudios de interpretaciones de sueños de pacientes en psicoanálisis, solicitó a varios psicoanalistas ese material y encontró que muchas de las conclusiones relacionadas con el proceso de la relación entre contenido latente y manifiesto son exageradamente subjetivas. Sarason en su artículo "The TAT and Subjective Interpretation" (publicado en la revista, Journal of Consulting Psychology en 1948), discute el problema de inferencias intuitivas en la utilización de ese instrumento. Indica que ese procedimiento puede ser inadecuado si no existen formulaciones de hipótesis adecuadamente explicadas.

Para ubicar el marco teórico de esta investigación, se abordaron aspectos como la importancia y antecedentes de la psicoterapia en general y de las diferentes psicoterapias de grupo, que es la que se pretende aplicar a los sujetos de la muestra, así como los efectos de la psicoterapia en el paciente, tomando en consideración a diversos autores y haciendo hincapié en la diferenciación del grupo institucional y el de consulta privada, como es el caso de esta investigación.

Por otro lado se mencionan las principales características y aplicaciones del MMPI, que fue el instrumento utilizado para evaluar los rasgos de carácter de los pacientes y se mencionan investigaciones anteriores realizadas con dichos instrumentos.

Meehl (1954) señala, que es sorprendente el encontrar que en todos estos estudios, el método actuarial supera al clínico y que en ningún caso se observa la experiencia contraria "Clinical vs Statistical Prediction", "Profile Analysis of the MMPI in differential diagnosis". A partir de los resultados obtenidos en su investigación, podríamos decir que de acuerdo con las características que presentaron los pacientes, se podrían reconocer algunos de los propuestos de Meehl, con respecto a la superioridad del método estadístico en cuanto a predicción. Creo que es de suma importancia en el campo de la psicología clínica abordar y ahondar en la investigación de esta dicotomía, para respaldar mi postura me baso en el Dr. Meehl, quien sin duda alguna es uno de los investigadores que más se ha dedicado al problema de predicción clínica y actuarial, ha escrito más de 60 publicaciones, libros y artículos, es considerado uno de los psicólogos más distinguidos de los Estados Unidos; originó la escala K del MMPI. En relación a su libro sobre la predicción actuarial indica: *...me sorprende que la mayoría de los psicólogos clínicos me atribuyen el hecho de que no creo que el clínico tenga poderes especiales, que el clínico no tiene habilidades, que no sea sensitivo ni empático y que yo crea que no pueden ofrecer un diagnóstico adecuado y que no sean capaces de realizar una entrevista inicial. No sé la razón por la cual me mal interpretan y desde entonces he abandonado mis esfuerzos para rebatir esta actitud, ya que lo que he enfatizado es el descuido intelectual tradicional entre psicólogos clínicos y psiquiatras, lo cual conduce a estos profesionales a trabajar en la clínica en forma superficial, adherentes a puntos de vista estereotipados, al tratar de comprender o explicar las distinciones complejas y sutiles del comportamiento humano. Lo dije en esa época y lo sigo enfatizando, que creo que un clínico capaz posee un conjunto de disposiciones cognoscitivas que no se encuentran en ningún otro oficinista, o profesional. Cuando estudié el doctorado en Psicología Clínica, me di cuenta que existe una actitud errónea acerca de la "sabiduría clínica". Estudié dos años de neuropsiquiatría orientado por mi consejero y hoy mi gran amigo y colega, Starke Hathaway, quien había estudiado neurología antes de realizar sus estudios en Psicología Clínica. Después tuve experiencia de 10,000 horas de*

psicoanálisis ortodoxo, que es la corriente modificada por la técnica existencialista que aprendía con Hathaway y es la que utilizo en mi ejercicio profesional. Por todo esto encuentro extraño que se me considere como un superactuarial, "anticlínico", debido a que en mis libros y artículos me dediqué a un dilema tecnológico altamente específico en relación a los resultados de entrevistas, pruebas psicológicas, historias clínicas que pretenden referirse a conductas futuras de los pacientes. Lo que enfatice fue que se deben tomar con seriedad profesional las evaluaciones clínicas, comparando la actitud del clínico con los resultados estadísticos, basados en ecuaciones regresivas, cuadros actuariales y como enfatizo hoy, a la gran computadora que es el clínico. Esa fue la interrogante a que me refería en 1954, (a pesar de los esfuerzos obscurantistas) que pretenden que la "dicotomía" es un procedimiento inadecuado, pero aún hoy considero que es una interrogante de la mayor importancia en nuestro campo... (Prólogo de Psychodiagnosis- Selected Papers, de Paul Meehl, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1983).

Definitivamente, considero que las evidencias aquí presentadas, puedan servir de base para consideraciones futuras sobre la importancia de resolver el dilema metodológico en relación a los resultados de entrevistas, pruebas psicológicas, historias clínicas que pretendan referirse a conductas futuras de los pacientes.

En este sentido sería importante hacer notar la destacada actuación del Dr. Rafael Nuñez, estrecho colaborador de Meehl y de Hathaway, quién sin duda es el psicólogo clínico hispano parlante, que más se ha dedicado a la investigación del problema de predicción clínica y actuarial en México y que a través de sus múltiples publicaciones es probablemente quién más ha influido en el desarrollo de la psicología en Latino América.

A continuación se presenta el marco teórico seguido en este trabajo y se detalla la metodología seguida para la investigación, se presentan los resultados, se hace la discusión de dichos resultados y finalmente se enuncian las conclusiones y limitaciones del presente trabajo.

Definición, objetivos y origen de la psicoterapia

La psicoterapia es una relación profesional estructurada y progresiva que se establece deliberadamente, entre dos o más personas, en la que uno es el terapeuta o experto y el otro es el cliente o paciente.

Los objetivos de la psicoterapia son:

- 1.- Remover, retardar o modificar síntomas mentales, de naturaleza psicológica o emocional.
- 2.- Controlar patrones de conducta distorsionados.
- 3.- Promover el desarrollo y el crecimiento personal positivo.

Dependiendo del tipo de psicoterapia empleado, varían estas metas u objetivos. Y varían desde la simple remoción de síntomas en unas, hasta la liberación de la mente humana de obstrucciones neuróticas, que estancan su desarrollo en otras.

Todas las psicoterapias se basan en la adecuada comunicación verbal y preverbal que se establece entre el terapeuta y el paciente.

El objetivo final de toda psicoterapia es promover la maduración y el crecimiento personal. Ayudando al individuo a desarrollar una actitud más productiva hacia la vida y más gratificante en sus relaciones interpersonales.

Casi todas las formas actuales de Psicoterapia le deben algo al Psicoanálisis. Leo Rangell (1973) demostró que la mayoría de las formas modernas de psicoterapia se basan en algún elemento de la teoría o técnica psicoanalítica.

Freud desarrolló el psicoanálisis en (1856-1939) y representó la integración de los principales movimientos intelectuales europeos de su época. (Filosofía, Biología, Teoría de la Evolución de Darwin, Química.)

No es el objetivo de este trabajo profundizar en el psicoanálisis, sino dar un panorama general de las diferentes terapias existentes, es debido a la importancia del Psicoanálisis en cuanto al reconocimiento de la psicoterapia que se menciona aquí.

Los tipos de psicoterapia se dividen en:

Terapia de apoyo, terapia reeducativa y terapia reconstructiva.

La terapia de apoyo tiene por objetivo fortalecer las defensas existentes y elaborar nuevos y mejores mecanismos para mantener el control. Son ejemplos de esta terapia, las terapias de guía, de manipulación ambiental, de externalización de intereses, de presión y coerción de reafirmación, catarsis emocional y desensibilización, hipnosis sugestiva, terapia grupal inspiracional y enfoques de soporte adjuntas (somato terapia, relajación muscular, hidroterapia).

La terapia reeducativa tiene como objetivo el reajuste, la modificación de metas y el potenciar al máximo las habilidades creativas, con o sin insight hacia conflictos conscientes. Ejemplos de este enfoque son las terapias conductistas y de condicionamiento, las actitudinales, la terapia centrada en el cliente, la terapia directiva, "counseling" terapéutico, terapia racional, terapia de grupo reeducativa, terapia familiar, psicodrama, terapia semántica y enfoques filosóficos (Existencial, Zen, Budista).

La terapia reconstructiva tiene como objetivo el insight hacia conflictos inconscientes y las alteraciones en la estructura del carácter. La expansión y crecimiento personal con el desarrollo de nuevas potencialidades adaptativas. Son ejemplos de estas terapia, el psicoanálisis Freudiano, el análisis Kleiniano, el psicoanálisis neo Freudiano (Adler, Jung, Stekel, Rank, Ferenczi, Reich, Fromm, Sullivan, Horney, Rado); la psicoterapia psicoanalíticamente orientada, los enfoques transaccionales; el análisis existencial y las terapias adjuntas, (terapia de juego, fármaco terapia, hipnosis analítica, terapia de arte, terapia de grupo analítica).

Mecanismos de mejoría y etapas de la psicoterapia

En toda psicoterapia existen beneficios a corto plazo (ventilación catarsis, curas de transferencia). Estos son frágiles y a menudo transitorios, suelen representar la primera etapa del trabajo de la psicoterapia.

Los beneficios a largo plazo son buscados durante meses e incluso años. Llegan a través de cambios en el paciente que pueden ser dolorosos o difíciles de llevar a cabo por él, cambios que representan una actitud mas saludable hacia las realidades de su pasado, presente y futuro. Para conseguirlos deberá usarse alguno de los siguientes mecanismos:

1. **Autocognición** o entendimiento de los trastornos psicológicos.
2. **Experiencias emocionales correctoras.** Un revivir de las experiencias traumáticas con el fin de lograr una perspectiva más sana sobre los acontecimientos

y sobre la gente involucrada.

3. **Reeducación**, un cambio de actitudes infantiles, patológicas o mal ajustadas por actitudes más maduras y saludables.

4. **Crecimiento**, la terapéutica fructífera elimina los obstáculos para el crecimiento y permite que el proceso de auto actualización continúe.

Todas las psicoterapias deben pasar por las siguientes etapas en el tratamiento :

Etapas de apertura, donde se establece una alianza terapéutica; enseñando como opera la psicoterapia, tomando la historia y formulando un diagnóstico sobre estado físico, inteligencia y personalidad.

La etapa intermedia, Donde se debe preguntar qué es lo que se ha alterado, en esta etapa se maneja el apoyo, el sostén, las técnicas de descubrimiento, las interpretaciones, el insight, el manejo de resistencias, la contratransferencia y el condicionamiento operante.

La etapa final donde se debe manejar la ansiedad de terminación.

Desarrollo histórico de la terapia de grupo

Muchos autores ubican el origen de la psicoterapia grupal propiamente dicha en Pratt, quien en 1905, trató grupos de pacientes tuberculosos con técnicas que hoy en día llamaríamos operativas. En 1921, Lasell empezó a tratar la demencia precoz utilizando los métodos de Pratt (1907), que consistían en conferencias e instrucciones a los pacientes. Marsh (1931) también utilizó la técnica de conferencias en aulas. El método Snowden (1940) consistía de ocho conferencias semanales: durante 20 minutos discutía varias causas de las diferentes enfermedades mentales. A continuación, los pacientes se reunían y discutían las conferencias en relación con sus propios problemas. Durante el período de discusión, el terapeuta tomaba aparte durante unos minutos, a cada paciente, para indicarle cómo la conferencia se relacionaba con su problema particular. Low y Klapman (1946) trataron pacientes con un método modificado que le daba mayor importancia a las entrevistas de grupo que a las conferencias y pláticas.

La incipiente psiquiatría pasó al Nuevo Continente, en el que gracias a la influencia humanista de Benjamin Franklin, se fundó en Filadelfia el primer hospital psiquiátrico moderno, por el prominente cirujano Benjamin Rush. Sin embargo, ya en México existía el primer hospital psiquiátrico de América, el de San Hipólito, que se fundó el 28 de Enero de 1567 por Fray

Bernardino Alvarez Herrera.

Los primeros ensayos de utilizar los conceptos psicoanalíticos en la psicoterapia de grupo, se deben a Trigant Burrow (1926). Su método de tratamiento estaba basado en la teoría, de que la gente vivía y formaba parte de una sociedad y que el aislamiento del individuo durante el tratamiento, podía de hecho obstruir su sentimiento de relación con el grupo o sociedad. Burrow encontró que todo el material verbalizado en el análisis individual, era también verbalizado, aún en grupos relativamente grandes. Encontró manifestaciones de relaciones de transferencia y mecanismos de defensa, así como otras dimensiones tradicionales del psicoanálisis individual. Burrow creía que el mayor mérito del grupo era su potencial para la disminución de la resistencia del paciente al proceso del tratamiento. A medida que el paciente advertía que su problema no era único, perdía la necesidad de mantener su reserva y su aislamiento. Aproximadamente durante esta época, Kurt Lewin, en Alemania, estaba perfeccionando los conceptos de la teoría del campo y la dinámica de grupo, que han contribuido tan sustancialmente a la creación de la psicología social moderna.

A principios de la década de los treinta, Louis Wender emprendió el uso de la terapia de grupo psicoanalíticamente orientada en un marco clínico. Wender descubrió que el impulso para aliviarse era mayor en la psicoterapia de grupo, que en la individual.

Por esta misma época Paul Schilder (1936), empezó a utilizar el método de grupo como técnica psicoterapéutica. Informó que las ideologías de los pacientes provenían y estaban construidas alrededor de la imagen del self. Recalcó que las ideas y convicciones del paciente formaban parte de su vida en la comunidad y que era muy lógico discutir las ideologías de un paciente frente al grupo.

Moreno quien, en 1931, acuñó la expresión "psicoterapia de grupo", apareó las técnicas del teatro, la sociología y la psicoterapia, resultando en el método conocido como psicodrama desde 1911.

El método de grupo también se practicó en Inglaterra durante la década de los treinta. Uno de los precursores fue J.Bierer (1942), quien trabajó con el "tratamiento situacional", cuya meta no era la adquisición de conocimientos acerca del subconsciente, sino por el contrario una experiencia vital que resultaría en un cambio de actitud.

H. Foulkes (1948), un renombrado psicoterapeuta de grupo, fundó la Group Analytic Society y redactó un programa de psicoterapia de grupo en el hospital Maudsley de Londres, y fue la primera persona en Inglaterra en practicar psicoterapia de grupo con un fundamento psicoanalítico.

Bion, otro inglés que inició su trabajo como terapeuta analítico de grupo en 1945, derivó conclusiones interesantes que pueden resumirse así: el grupo opera como una unidad funcional mediante la labor grupal que, en buena medida, se asemeja a la actividad del Ego, especialmente a la de las áreas libres de conflictos. Esta labor, propositiva, racional y realista, se ve constantemente obstaculizada por una corriente emocional poderosa y aparentemente caótica, que parece dirigirse al terapeuta y que puede comprenderse de manera coherente, mediante la hipótesis de que se encausa a lo largo de tres "supuestos básicos": 1) "la dependencia" y su respectivo líder, de quien depende la nutrición espiritual del grupo y su protección; 2) el de la "lucha y fuga" que, como el anterior, también tiene su líder y 3) el de "apareamiento" que sigue, distorsionadamente, el modelo de la unión sexual de la pareja, cuyo producto sería un genio de cualidades mesiánicas.

S.R.Slavson (1950), precursor y el más activo impulsor de la psicoterapia analítica de grupo norteamericana, puede ser considerado el más prolífico contribuyente a la literatura profesional. El creó y desarrolló la Actividad Terapéutica de grupo. Estudió la psicodinámica de niños con trastornos del carácter, este método terapéutico implicaba la necesidad de crear vínculos positivos con los miembros del grupo y con el terapeuta y hasta con personas en el mundo exterior. Continuó sus trabajos extendiendo sus teorías a los grupos de adultos. El concepto de Slavson es, que los elementos comunes en toda psicoterapia incluyendo la analítica de grupo son: 1) Relación (transferencia); 2) Catarsis; 3) Insight; 4) Prueba de realidad y 5) Sublimación. Cree que aunque la psicoterapia individual proporciona estos primeros tres elementos, no aporta los dos restantes como parte de la situación de tratamiento. La terapia de grupo, por el contrario proporciona estos cinco elementos.

Slavson opina que el terapeuta debe tener información adecuada sobre la psicodinámica y la psicopatología de cada miembro del grupo y debe poseer la suficiente información para determinar la vía de tratamiento que ha de seguir con cada paciente y la profundidad del tratamiento necesaria. Además siempre deberá estar consciente del contenido latente de las reuniones del grupo y de la dirección que siguen. El conocimiento de la psicodinámica de cada participante le permitirá ayudar a los pacientes a sobreponerse a sus diferencias y a su temor mediante el uso apropiado de la transferencia y el apoyo al ego.

A. Wolf, al reconocer la necesidad de una forma económica de tratamiento psicoanalítico comenzó a practicar en grupo, alrededor del 39. Creó la sesión alterna, que es una sesión de grupo regularmente programada, sin la presentación del terapeuta. Estas sesiones tenían la ventaja de

facilitar la autoexpresión de algunos pacientes. También les daba a los miembros del grupo la oportunidad de funcionar como grupo fuera de la relación de dependencia directa simbolizada en la figura paternal prototípica del terapeuta.

Argentina y Brasil, fueron los primeros depositarios de la herencia freudiana, tornan el liderazgo en la región. Pronto aparecen numerosas publicaciones de las cuales las de Grinberg, Langer y Rodríguez (1945), son de las más representativas así como los cuidadosos estudios de Zimmerman.

En Uruguay, destacaron como terapeutas de grupos Garbarino, en Chile, Matte, Blanco y algunos otros, expandieron la inquietud, aproximadamente en la misma época

En México, en 1953 Feder hace los primeros intentos de psicoterapia dinámica de grupo en psicóticos en un hospital privado. Actualmente, la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, formada por unos cuantos todavía, pero con los vislumbres optimistas que otorgan el gran número de pacientes en vía de formación profesional, contiene realidades dolorosamente logradas y esperanzas puestas en un futuro inmediato que podrían rivalizar, en pocos años con el auge argentino y brasileño.

Cuando se estudia en forma rápida, el campo de terapia de grupo, se observa que en la práctica, existen una gran diversidad de técnicas de terapia de grupo. El término "terapia de grupos" es una simplificación; se debería hablar, mas bien de terapias de grupo. Los Alcohólicos Anónimos es una terapia de grupo y también lo es el grupo de mujeres embarazadas a quienes se les ofrecen orientaciones en la etapa pre-natal en una clínica, el grupo de esquizofrénicos que reciben terapia en los hospitales, el grupo de delincuentes que son preparados antes de su liberación y en algunos casos, después, cuando están libres bajo condiciones de adecuado comportamiento, o los grupos de personas con adecuado funcionamiento social con diagnósticos de ansiedad, ó desórdenes caracterológicos tratados en consulta externa o en práctica privada.

Actualmente han surgido, o mejor dicho, desde hace varios años se han presentado un gran número de grupos tratados con orientación psicoanalítica, grupos de psicodrama siguiendo la técnica de Moreno, grupos en crisis, Synanon, grupos que siguen la técnica de Silva, grupos en Recuperación, Alcohólicos Anónimos, Alanon, Neuróticos Anónimos, Grupos Matrimoniales o de Pareja, Grupos de Encuentro Maratónico, Terapia Familiar, los grupos norteamericanos tradicionales denominados T-groups, Grupos de Concientización Sensorial no verbales, grupos de Análisis Transaccional, Grupos Gestalt, etc.

Las metas de los grupos que utilizan terapia dependen en su conjunto del líder y la composición del grupo, que pueden variar desde apoyo, supresión e inspiración. (Alcohólicos Anónimos, de Recuperación, etc), en los que se mantiene la prueba de la realidad, prevención de fricción en un hospital entre los pacientes (grupos de pacientes crónicos hospitalizados), hasta la recuperación del funcionamiento y el restablecimiento de defensas previas, logrando que el paciente tenga nuevas defensas y cambie su estructura caracterológica (por ejemplo en grupos de pacientes neuróticos y problemas caracterológicos).

Si se considera por ejemplo la meta ambiciosa de cambio caracterológico, la terapia de grupo que efectúa este cambio se basa en forma intensa en los factores denominados lucrativos de cohesión y aprendizaje interpersonal. Tomando en consideración que no es tan importante el hecho de que el terapeuta sea Freudiano, neo-Freudiano, Rogeriano, Adleriano o ecléctico, debe recordarse que el mecanismo del cambio del paciente en grupo con estas metas, es el mismo. La interacción de los miembros que integran el grupo, juega un rol crucial en la terapia con la meta de cambio de carácter, que los terapeutas de terapia intensiva denominan "Grupo de Terapia Interaccional".

El grupo institucional

El encuadre se refiere a la delimitación y organización de las circunstancias en las cuales se llevará a cabo el proceso terapéutico. Esto varía de acuerdo a si el proceso se lleva a cabo en la práctica privada o dentro de un marco institucional.

Si el propósito del trabajo tiene una duración limitada, el grupo necesariamente funcionará como grupo cerrado. Es decir, el hecho de predeterminar el período de duración del tratamiento, impide los cambios de sus integrantes, salvo en su etapa inicial para cubrir las deserciones que pueden producirse en las primeras sesiones.

Este tipo de funcionamiento grupal, es el habitual en las instituciones. Esto se debe a varios motivos. Uno de ellos es que en general, las instituciones tienen listas de espera de pacientes, lo cual permite una cuidadosa selección y también posibilita que el grupo comience con la cantidad de integrantes decidida por el terapeuta o por el criterio de la institución. Esta cantidad de pacientes, que la mayoría de las veces supera la capacidad de servicio de la institución, también impide la posibilidad de brindar terapia de tiempo ilimitado.

La selección de pacientes para un grupo psicoterapéutico en un hospital para alienados plantea problemas especiales, de acuerdo a la condición en que se encuentren los pacientes, es decir si son:

1. Pacientes hospitalizados durante un período prolongado;
2. Si han sido recientemente admitidos con un trastorno agudo;
3. Si son ambulantes.

Todos los grupos deben comenzar a enfrentar sus problemas actuales, trabajando normalmente en tratamientos con metas limitadas.

Las restricciones institucionales tienden a protegerse contra el acting out excesivo, mientras que las cuestiones de la conducta agresiva se hacen notorias.

El hospital de externos es un nuevo tipo de marco cuasi-institucional que proporciona oportunidades adicionales para la aplicación de psicoterapia de grupos. Una innovación relacionada con los medios de tratamiento externo es la política de puerta abierta, que siguen algunos hospitales. Debido a la creciente popularidad de estas innovaciones, en las cuales la terapia de grupo es el tratamiento adecuado, el terapeuta debe tomar en cuenta varios elementos en el contexto social de la situación de vida del paciente.

- 1) Si vive aislado socialmente o si tiene una familia nuclear.
- 2) Si vive con una familia adquirida, lo atiende alguien más que no sea el cónyuge?
- 3) Como toleran la enfermedad las personas en su medio ambiente inmediato?

Los departamentos de recuperación de los hospitales para alienados pueden preferir varios tipos de tratamiento de grupo. Para decidir cual procedimiento es el adecuado para un paciente, se aconseja tener presente lo siguiente: 1) grupos de discusión; 2) clubes sociales; 3) gufa o consejo de grupos; 4) psicoterapia analítica de grupo; 5) tratamiento combinado; 6) grupos de parejas; 7) tratamiento en grupos familiares. Las mismas alternativas pueden ser las adecuadas para las clínicas de externos y la práctica privada.

En cuanto a la colocación del paciente en un grupo homogéneo o heterogéneo, en general en los grupos heterogéneos las grandes diferencias ocasionan tensión y fricciones. Sin embargo el estímulo de las personalidades contrastantes, patologías y problemas tienden a facilitar la dinámica de grupo.

En general es terapéuticamente deseable combinar pacientes con amplias diferencias de educación y ocupación, siempre que esto sea posible, a veces ésto en instituciones es difícil debido a la homogeneidad de procedencia de los pacientes, en cuanto a intereses profesionales, patologías, etc.

En cuanto a la edad es aconsejable que no haya grandes diferencias, al menos en cuanto a

experiencia vital entre los miembros del grupo.

A los pacientes que pueden despertar fuertes reacciones de temor, culpa, compasión y hostilidad es preferible colocarlos en grupos homogéneos.

Muchos grupos de terapia comienzan con tres o cinco miembros y en instituciones el número puede ser de diez o doce, teniendo en cuenta los que abandonan el grupo. Sin embargo un grupo de cinco pacientes es bueno para comenzar. Cuando esta unidad nuclear se asiente y tanto el terapeuta como los miembros del grupo se sientan seguros, se pueden admitir a otros miembros para contribuir a cumplir con las metas específicas de grupo. Se recomienda que el terapeuta, ya sea en la práctica privada, o en la institucional, comience un grupo con el número de pacientes con que se sienta más cómodo. A veces este número es igual al de su propia familia nuclear.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)

En nuestra opinión, ninguna de las pruebas utilizadas actualmente es suficiente por sí misma para ofrecer un cuadro adecuado de la personalidad estudiada. Es por ello que siempre es recomendable combinar la información ofrecida tanto por la entrevista como por otras pruebas pertinentes al caso que se desea estudiar. Varios investigadores, entre ellos Kostlan (1954) y Sines (1957), han señalado que el MMPI, utilizado por sí solo es inferior a la combinación MMPI - Entrevista, como también se enfatiza, que ésta es superior a utilizar solamente la entrevista.

En todo caso debe recordarse que la habilidad y experiencia del clínico lleva consigo una enorme ventaja. Algunos de ellos, sin duda no llegarán a las conclusiones a que otros llegan, a pesar de la entrevista y de todas las pruebas psicológicas que utilicen.

Precisamente, utilizar pruebas como el MMPI, conduce a reducir la diferencia que pueda existir en los informes debido al tipo de experiencia profesional, ya que estas pruebas se prestan para lograr resultados más uniformes dada su naturaleza actuarial.

En la interpretación del Inventario se sugiere observar con cuidado la hoja de respuestas y anotar el número de respuestas omitidas, contar adecuada y cuidadosamente el número de respuestas que caen dentro de las plantillas y escribir las puntuaciones en bruto de las diferentes escalas con el mayor cuidado, convirtiéndolas en puntuación T; y finalmente, trazar con cuidado los perfiles, para lograr el cuadro que ofrece la clave de dichos perfiles de la manera más exacta. Es obvio que muchas personas que carecen de aptitudes pertinentes o de la motivación necesaria, cometerán errores de manera constante. Es recomendable que si quien interpreta la prueba no ha preparado el perfil y la clave, revise el material antes de iniciar la interpretación en sí. También es conveniente revisar siempre la hoja de respuestas de los perfiles poco usuales. Por ejemplo, puede verificarse si el perfil se ha trazado de manera adecuada, si la puntuación natural corresponde a la puntuación T, si la clave se ha logrado de modo apropiado, etc.

Debe evaluarse la configuración de las escalas de validez con la información que se tenga de la persona estudiada. Es decir, tomando en cuenta la ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico, etc. Comprendió la persona el material de la prueba de acuerdo con sus datos generales? Contestó a todas las proposiciones? Trató de exagerar o de reducir sus problemas? Qué se puede esperar de la interpretación de las escalas de validez? Qué relación tienen éstas con las escalas clínicas en el caso

estudiado?

El paso siguiente consiste en interpretar la configuración de las escalas clínicas. Aunque la puntuación más elevada del perfil es el principal punto de referencia, debe buscarse si esta escala tiene relación con las demás. Comúnmente se toma como punto crucial la escala, par de escalas o serie de éstas más elevadas en el perfil. Este cuadro se obtiene de la clave encontrada, ya sea con el método de Hathaway, o el de Welsh. Debe uno preguntarse que relación existe entre la configuración de las escalas clínicas y las de validez.

Posteriormente, debe tenerse en consideración la edad y el sexo de la persona estudiada. Por lo general, los varones tienden a ofrecer con mayor frecuencia perfiles con elevaciones en las escalas 1 y 7, en tanto que las mujeres ofrecen elevaciones en las escalas 3 y 6. Los pacientes jóvenes ofrecen elevaciones en las escalas 4 y 8, en tanto que pacientes de mayor edad presentan las escalas 1 y 2 como las más elevadas en sus perfiles (Aarons, 1958).

Algunos psicólogos prefieren comenzar por interpretar las escalas más elevadas del perfil señalando las características comúnmente encontradas en estas combinaciones. Otros prefieren interpretar escala por escala, comenzando con la de validez y siguiendo con las clínicas en el orden en que se encuentran en el perfil. Las dos formas son útiles y con ambas se llega a la interpretación completa del perfil.

Existen autores que prefieren comparar la puntuación existente entre las escalas de la triada neurótica y la tétrada psicótica y se refieren a la interpretación de lo que llaman niveles. El nivel es la relación existente entre las escalas del grupo neurótico y las del grupo psicótico. Un nivel positivo está generalmente relacionado con trastornos emocionales en los que la persona tiene control limitado, inadecuado, o muy pobre contacto con la realidad y en ocasiones presenta confusión y desorientación. El nivel negativo es más característico de perturbaciones emocionales agudas que implican angustia, baja moral y síntomas somáticos sin la manifestación franca de un cuadro psicótico. La elevación alta, en general, en los perfiles con nivel negativo corresponde a la magnitud de la perturbación experimentada por la persona, al grado en que se siente mal y enferma. Los perfiles que presentan un nivel neutro o de cero con elevaciones altas pero moderadas en las escalas clínicas, se refieren a reacciones emocionales que recientemente se han designado con el nombre de cuadros límites. En estas reacciones se pueden presentar síntomas psicóticos, aunque el paciente no manifieste trastornos francos de este tipo.

Es necesario tener un entendimiento adecuado de las técnicas actuariales y clínicas en la

interpretación de pruebas como el MMPI. Si no se comprenden estas formas de interpretación, el profesional clínico cometerá muchos errores. La mayoría de los profesionales en el área de la salud continúan basándose en las técnicas de predicción clínica, aunque se ha demostrado con mucha frecuencia el poder y la bondad de los métodos actuariales en la evaluación psicológica (Marks, Seeman y Haller, 1974, Meehl 1970).

Las orientaciones clínicas de las interpretaciones son las que se originan de la experiencia personal del profesional. Las interpretaciones actuariales son las que se derivan directamente al aplicar una fórmula a reglas especificadas de manera empírica.

En el área de la salud mental, el juicio clínico se ha considerado, desde hace mucho tiempo, una habilidad de enorme importancia por ser una experiencia enriquecida y desarrollada con información clínica obtenida a través del análisis de síntomas que presenta el paciente, sus situaciones de vida y su historia clínica.

Fueron necesarios muchos años de investigación para adquirir la experiencia necesaria que permitiera conocer con profundidad las complejas sutilezas que forman parte de la personalidad. Esta se consideraba demasiado compleja como para poder representarla adecuadamente y con precisión, a través de las puntuaciones obtenidas en las pruebas psicológicas. Además de los resultados de éstas, aunque podían considerarse instrumentos útiles, únicamente tenían una importancia secundaria en comparación con el juicio experimentado del clínico. En términos de convicción, las pruebas psicológicas se consideraban inferiores a los juicios clínicos.

A pesar de esta tradición tan arraigada, resulta impresionante que el MMPI se desarrollara de manera tan amplia como una respuesta empírica a las interrogantes fundamentales originadas (1939 a 1940), por una aparente desconfianza de los juicios de los clínicos. Era evidente que existía una gran necesidad de que se evaluara la personalidad de una manera más objetiva y confiable y que fuera independiente de las impresiones personales de los clínicos. Los empiricistas de la Universidad de Minnesota utilizaban procedimientos empíricos para desarrollar alternativas objetivas de evaluación, en lugar de aplicar la técnica subjetiva de la entrevista clínica y las técnicas proyectivas con las que se evaluaba la personalidad.

A medida que aumentaba la utilización del MMPI, los clínicos observaban con frecuencia que ciertos valores de las escalas y combinaciones de éstas se asociaban con características de las personalidad además de las que se habían demostrado empíricamente. A veces estas nuevas

observaciones se investigaron empíricamente, con excepción de los casos en los que las combinaciones no se presentaban comúnmente.

De modo semejante, las conclusiones empíricas se validaban y derivaban solamente para un tipo de población: la psiquiátrica, pero no para otras, como podrían ser pacientes de consulta externa, adolescentes y parejas que recibían terapia.

Aunque el MMPI había obtenido una base empírica amplia, agregaron una serie de interpretaciones substanciosas y extensas basadas en experiencias y juicios clínicos. Este aumento de conocimiento clínico se incrementó especialmente a medida que las unidades de análisis se volvieron más complejas. Aunque las derivaciones empíricas originales se centraron en las frases individuales, las interpretaciones realizadas por los psicólogos clínicos inicialmente enfatizaban el análisis de cada una de las escalas de manera aislada; después presentaban las interpretaciones de las combinaciones y finalmente, las de numerosas configuraciones que obtenían a partir de éstas.

La comparación entre dos estudios, en los que se trató de clasificar desde el punto de vista cualitativo los resultados obtenidos en una primera entrevista, con los logrados por medio de la técnica estadística utilizando el Inventario Multifásico de Minnesota, es decir la comparación realizada, fue del método clínico versus el actuarial. Los objetivos que han investigado un gran número de psicólogos clínicos como el Dr. Paul Meehl y el Dr. Phillip Marks, son conocer características de la personalidad por medio de estos métodos, a través de un procedimiento de investigación sistemático o científico.

Uno de los objetivos fundamentales de este estudio, es observar y analizar las conclusiones, a que se ha llegado a través de dicha investigación, realizada en la Ciudad de México.

Aunque la muestra es un inicio de investigaciones posteriores, se trataron los siguientes aspectos: considerar la posibilidad de los sujetos para integrar un grupo de psicoterapia, manifestaciones de agresividad, datos clínicos, manifestaciones psicopatológicas tales como ansiedad, depresión, características psicóticas, tensión, conflicto interno, tendencias suicidas, dificultades en relaciones matrimoniales y manifestaciones hipocondríacas.

Concepto de la metodología actuarial

Las interpretaciones actuariales son las que se derivan directamente al aplicar una fórmula a reglas especificadas de manera empírica. Se hacen generalizaciones de un grupo de población aplicadas a

otros grupos, aunque no existiera apoyo empírico para formularlas, ya que no se habían demostrado.

En 1954 Paul Meehl, de la universidad de Minnesota, departamento de psicología clínico, reconoció que en el entrenamiento del juicio clínico, existían reglas esclarecidas y definibles que podían ser delineadas explícitamente. Además descubrió numerosos estudios que demostraban que siguiendo reglas objetivas y específicas se producían juicios diagnósticos aparentemente superiores a los de los psicólogos y psiquiatras. El resultado de ese estudio fue su publicación titulada "Clinical versus Statistical Prediction" (1954). En esta publicación, Meehl manifestó que la técnica actuarial en lugar de la clínica, debería ser utilizada siempre que fuera posible. Las investigaciones posteriores han apoyado en forma repetida e intensa este punto de vista (por ej, Marx, Seeman y Haller 1974, y Meehl, 1970).

Aunque el término Actuarial se aplica más al contexto del negocio de los Seguros, es muy relevante para la psicología especialmente en la evaluación. En la industria de Seguros ciertos factores definibles y medibles son asociados con riesgos y carencia de riesgos y este puede expresarse en términos de probabilidades por el uso directo de las matemáticas. Observese que no existe un juicio involucrado. Los negocios de aseguradoras han encontrado que cuando se agrega un juicio a un razonamiento, por ej.: "Pero parece que él es especialmente sano", la exactitud de la predicción normalmente se empeora.

Los mismos resultados ocurrieron en Psicología, (Goldberg 1965, Meehl 1954; Sawyer, 1966) a pesar del énfasis prolongado en el juicio profesional, los métodos clínicos repetidamente resultan inferiores, que las reglas actuariales. En 20 estudios de meta análisis acerca de la predicción al utilizar medios clínicos y actuariales Meehl (1954) encontró que: "En cerca de la mitad de los estudios, los dos métodos eran iguales; en la otra mitad los clínicos eran definitivamente inferiores. Ningún estudio completamente aceptable, coloca a los clínicos adelante de los actuariales" (Pag.119).

En forma semejante, Sawyer (1966) analizó 45 estudios y confirmó los resultados de Meehl de que, las técnicas actuariales muestran repetidas veces la superioridad sobre los juicios clínicos, en numerosas situaciones con diversos tipos de datos. Esclarecidamente el método actuarial es de mayor ayuda al clínico que viceversa, por lo menos en la práctica cotidiana. En una revisión posterior Meehl (1970) con toda franqueza señala que es muy difícil, encontrar aunque sea un estudio de investigación, en que las predicciones del clínico sean superiores que las tablas o predicciones estadísticas, en la mayoría de los estudios el clínico

es significativamente inferior. Existen pocos campos de las ciencias sociales en los que un cuerpo tan inmenso de evidencias sea tan consistente en la misma dirección.

Aún así es importante observar que estos estudios se realizan especialmente con predicciones de conducta medibles y sólo en ocasiones se refieren a una descripción de la personalidad. Aunque la predicción y la descripción pertenecen en realidad a los dominios de la clínica, en la práctica, son tareas diferentes, porque no solamente las descripciones de la personalidad son más difíciles de validar debido a que inherentemente son más complejas, en el sentido de que las investigaciones deben repetirse. No obstante, las técnicas actuariales de la descripción de la personalidad que utiliza el MMPI han mostrado una mayor superioridad sobre los juicios clínicos variando desde 19% hasta 38% en mejoría y en exactitud.

Para comprender y utilizar las técnicas actuariales en la predicción de la personalidad, en la predicción en general, en la interpretación de pruebas psicológicas y en el psicodiagnóstico, uno debe en primer lugar comprender los términos actuarial y cuota base y diferenciarlos claramente de **pronuarios**, o **interpretaciones automatizadas**. Las técnicas de pronuarios son las que se describen por medio de una técnica sistema, o receta, para llegar a alguna conclusión diagnóstica o formulación de la personalidad. Algunas de estas técnicas de pronuario han sido sistematizadas de tal forma que la lógica de decisiones se parece a un **clínico automatizado**. Independientemente de que así sea, estas técnicas pueden tener, o no, bases actuariales que son utilizadas para generar sus descripciones y predicciones. En muchos sistemas de pronuarios, las recetas para el diagnóstico y para las descripciones se basan solamente en el conocimiento clínico; en otros sistemas, se combinan de forma inespecífica, las técnicas actuariales y clínicas.

Es importante señalar, como lo mencionan Marks y sus colaboradores, que las interpretaciones computarizadas no necesitan basarse en técnicas actuariales. De hecho, algunas como por ejemplo la de Fowler (1969), pueden describirse más concretamente como imitaciones computarizadas, de un clínico cuya memoria es capaz de recordar confiadamente, guías interpretativas previas, predicciones y conclusiones.

Sin embargo, con frecuencia estas guías no tienen bases actuariales y en lugar de ello se originan del conocimiento clínico o son derivados lógicos de resultados. Para aquellas combinaciones de perfiles que se encuentran rara vez y que dependen de bases clínicas en vez de actuariales, las interpretaciones son superadas y por esa razón deben tratarse con precaución especial, dadas las investigaciones en cuanto a la veracidad actuarial y clínica.

El núcleo del concepto de la descripción actuarial ha sido bien descrito por Marks, Seeman y Haller (1974); las descripciones actuariales consisten en un conjunto de atributos descriptivos... asignados a individuos con base en reglas explícitas derivadas de asociaciones entre datos, la información demostrada experimental y estadísticamente (por ejemplo, perfiles del MMPI) y las afirmaciones descriptivas.

Esta tabla de experiencias de asociaciones demostradas entre un conjunto de datos y ciertas descripciones, implica alguna comparación. Es decir, una puntuación de datos se asocia particularmente con esa descripción o conducta, pero con que se compara?. La comparación debe ser la cuota básica. Las cuotas básicas se refieren a la frecuencia con la que una conducta o sus características existen dentro de una población dada. Algunas conductas tiene una cuota básica tan elevada que no es posible distinguir a las personas de manera significativa, aunque sean verdaderas. Estas afirmaciones con frecuencia se consideran generalizadas, es decir, son ciertas con respecto a usted, a mí y a toda la gente. Por ejemplo, *No siempre digo lo que pienso*, o *Mis estados de animo cambian dependiendo de lo que me suceda en la vida*.

Meehl (1973), clasificó a este fenómeno como el efecto Barnum, porque muchos profesionales aparentemente intentan utilizar sus creencias por medio del abuso de estas cuotas básicas elevadas.

Mas significativas son las cuotas básicas que son menos comunes, o comparativamente raras y de esa; manera permiten la distinción entre individuos o grupos de ellos.

A veces estas son tan extremas que uno puede jugar a las cuotas básicas al llegar a razonamientos o conclusiones profesionales y se tiene una gran seguridad de estar en lo correcto. Por ejemplo, la frecuencia (es decir la cuota básica) de suicidio entre niñas de 5 años que asisten al jardín de niños es completamente nula, con seguridad menos de uno por mil. Sin saber nada acerca de la persona, aparte de la edad, género y que asiste al jardín de niños, uno podría con toda confianza predecir ausencia de riesgo de suicidio con una base de exactitud de 99.99%, o aún mejor, una proporción que difícilmente pueda mejorarla cualquier información ofrecida por pruebas psicológicas.

Es interesante darse cuenta, que los datos de las pruebas psicológicas tienen la potencialidad mas grande de mejorar su exactitud sobre las predicciones, cuando la cuota básica no es extrema en ninguna dirección, pero cercana al 50/50.

Para finalizar con este tema se puede señalar que las cuotas básicas cambian con diferentes agrupaciones y para diversas poblaciones. Por ejemplo, la cuota básica de suicidio aumenta con la edad en estados depresivos, pérdida de apoyo social, pérdida del trabajo, un historial de intentos

suicidas recientes de la persona, etc., O con otro ejemplo, el diagnóstico de daño cerebral es extremadamente extraño entre candidatos para ocupar puestos de ejecutivos en la industria, simplemente por la rareza de que eso ocurra. Para que suceda en esa situación, se requiere de una evidencia clara y convincente de que existe una disfunción en el sistema nervioso central. El mismo diagnóstico se presentaría con mucha mayor probabilidad cuando se trabaja con pacientes hospitalizados en una sala de neurología, simplemente porque uno no está luchando con la base de probabilidades, en la búsqueda de un diagnóstico exacto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio está encauzado a investigar rasgos caracterológicos de un grupo por medio de los métodos de predicción clínico y estadístico (actuarial).

HIPOTESIS

H1:

El análisis de resultados por medio del método actuarial concuerda con los resultados obtenidos por el método clínico.

H0:

El análisis de resultados por medio del método actuarial no concuerda con los resultados obtenidos por el método clínico.

METODO

Sujetos:

Se evaluaron las historias clínicas de 15 pacientes, 7 de sexo femenino y 8 de sexo masculino, de consulta privada, canalizados a psicoterapia de grupo de corte psicoanalítico, debido a problemas emocionales, cuyas edades fluctúan entre 26 y 57 años de edad.

Instrumentos:

Del punto de vista del método clínico: se utilizaron entrevista inicial, historia clínica y auto biografía breve y desde el punto de vista del método estadístico se utilizó el procedimiento actuarial basado en la utilización del MMPI.

TIPO DE ESTUDIO

En toda investigación de naturaleza social (no experimental), la mayoría de los autores consultados, Kerlinger (1964), Miller (1960), Kaplan (1964), Batalla (1983), entre otros, enfatizan muchos puntos que deben tomarse en consideración al diseñar un proyecto de investigación. Estos autores indican que es conveniente que todos los siguientes pasos se consideren antes de iniciar una investigación ya sea experimental o social; es decir en el diseño deben de dársele atención especial

al control de las variables que puedan interferir con la investigación, se debe de seleccionar el diseño operacional de tal forma que se observen : a) describir estímulos sujetos, ambiente y respuestas a dichos estímulos, eventos y propiedades necesarias para especificarlos; b) describir la forma de lograr el control de las variables interventoras; c) especificar las pruebas estadísticas y d) especificar el nivel de confianza deseado.

El diseño que utilizamos fue el siguiente:

Método Estadístico x1	Método Clínico x2	
Características de personalidad NORMALES	Características de personalidad NORMALES	Positiva a1
Características de personalidad PATOLOGICAS	Características de personalidad PATOLOGICAS	Negativa a2

En esta figura se puede observar que en lugar de grupo experimental y de control que generalmente se utiliza nos referimos a las predicciones tanto clínicas, como estadísticas (actuariales); además tomamos en consideración las características de personalidad obtenidas por los dos métodos predictivos: Positivas (normales) y Negativas (patológicas).

Se realizó un estudio comparativo, entre los dos métodos, predictivos a los que nos referimos anteriormente, por medio de una investigación Ex post facto, en donde se observó el comportamiento de las variables dependientes de respuesta a la prueba y de respuestas a las entrevistas clínicas.

Como criterios de selección se incluyeron a aquellos pacientes que pertenecían al mismo nivel socio económico (medio) y que no hayan sido diagnosticados como psicóticos, orgánicos, o tuvieran otro tipo de lesión o impedimento físico, que los inhabilitara para responder adecuadamente a la prueba.

PROCEDIMIENTO

De los expedientes disponibles, se seleccionaron los de aquellos pacientes que cumplieron con los siguientes requisitos: a) tener una aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad y b) contar con los datos generales necesarios, historia clínica, autobiografía, etc. Se tomaron en cuenta otras variables como sexo, edad, grado de escolaridad y nivel socioeconómico.

La prueba del MMPI se calificó e interpretó por medio del método actuarial, utilizando la técnica computarizada del Dr. Phil Marks.

Los resultados se procesaron por medio del sistema computarizado.

La investigación se realizó por medio de encuestas, utilizando un cuestionario exploratorio, autobiografías e historia clínica sobre datos generales y mediante la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad.

RESULTADOS

El propósito de esta parte de la investigación es describir y analizar el procedimiento cualitativo de los predictores utilizados en la investigación: el método clínico que consistió en entrevistas, autobiografías y datos relacionados con el motivo de consulta, por una parte y por la otra, el de los resultados estadísticos (actuariales) basado en los datos que ofrece el perfil actuarial de cada caso. Con este propósito se presentan dos columnas en las cuales se comparan los datos encontrados en los dos grupos.

**CARACTERISTICAS DE PREDICCIÓN DEL ANALISIS DE DATOS CLINICOS
PARA CADA UNO DE LOS CASOS DE ESTE ESTUDIO**

CASO I:
A.V.Z.
Hombre, 44 años.

Predicción Clínica	Predicción Estadística
1) cauteloso 2) sincero 3) expresivo 4) culto 5) modales perfectos 6) asmático en la infancia 7) "mareos" 8) enfermizo	1) moderadamente deprimido 2) se preocupa mucho 3) pesimista 4) concepto pobre de sí mismo 5) llanto 6) sentimientos de culpa 7) ansiedad 8) malestares somáticos 9) tímido 10) inhibido 11) inseguro 12) dificultad para obrar con firmeza 13) precabido 14) egocéntrico 15) insatisfecho 16) pérdida de ambiciones e impulsos 17) sensible 18) expresivo

CASO II:

S.A.B.

Hombre, 34 años

Predicción Clínica	Predicción Estadística
1) Masoquista, se flagela 2) conducta extravagante	1) tensión 2) deprimido
3) hospitalizado con diagnóstico erróneo.	3) ansiedad
4) orientado en tiempo, persona y espacio 5) religiosidad excesiva	4) obsesivo 5) preocupación y confusión (debido a hospitalización). 6) al borde del pánico 7) sentimientos de inseguridad crónica 8) sentimientos de inadecuación 9) sentimientos de inferioridad 10) tímido 11) temor 12) relaciones interpersonales inadecuadas 13) pasivo 14) dificultades en relaciones con el sexo opuesto 15) ambivalencia 16) indecisión 17) responsable 18) conflictos internos 19) fantasioso 20) ideación suicida 21) independiente 22) poca importancia a normas sociales 23) baja tolerancia a la frustración 24) problemas familiares y laborales 25) mecanismos de defensa de proyección 26) solitario 27) introvertido 28) falta de confianza en si mismo 29) difícil de conocer 30) irritable 31) sensible 32) introspectivo

CASO III
E.R.M.
Mujer, 33 años.

Predicción Clínica	Predicción Estadística
1) relaciones interpersonales pobres. 2) sentimientos de culpa 3) ansiedad 4) temor a relaciones sexuales 5) cuadros epilépticos en infancia 6) relaciones incestuosas fraternas 7) religiosidad exagerada 8) tratamiento neuroléptico 9) personalidad múltiple 10) fantasiosa	1) confusa 2) emocionalmente perturbada 3) impulsiva 4) empatía perturbada 5) irresponsable 6) baja tolerancia a la frustración 7) manipuladora 8) solitaria 9) dificultad en relaciones interpersonales 10) desconfiada 11) inestable 12) preocupaciones excesivas acerca de lo sexual 13) obsesiones acerca de su propia conducta sexual 14) creencias radicales en el área religiosa 15) necesidad de afecto exagerada 16) auto punitiva 17) agresiva 18) le gusta provocar ansiedad en los demás 19) considera a los demás como extraños y peculiares 20) percibe al mundo en forma amenazante

CASO IV:
C.F.
Mujer, 38 años

Predicción Clínica	Predicción Estadística
1) problemas matrimoniales 2) problemas psicósomáticos 3) tuvo hemiplejía histeroide 4) celopatía 5) ansiosa 6) frustrada 7) depresiva 8) aislada 9) solitaria 10) rígida 11) desilusionada de sí misma	1) ansiedad crónica 2) tensión 3) depresión 4) rasgos obsesivo compulsivos 5) moralista, rígida 6) desilusionada consigo misma, con el trabajo y responsabilidades familiares 7) necesidades de logro y reconocimiento 8) constantemente frustrada 9) inadecuación e inferioridad 10) irritable 11) culpígena 12) auto punitiva 13) pesimista 14) malestares psicósomáticos 15) insomnio 16) fatiga 17) pasivo dependiente 18) poco comunicativa 19) proceso de pensamiento afectado 20) alienada con su familia 21) incongruencia afectiva 22) realidad-fantasma, fragmentada 23) sentimientos de incompreensión

CASO V:

A.F.

Mujer, 26 años.

Predicción Clínica	Predicción Estadística
<ul style="list-style-type: none">1) problemas matrimoniales2) agresiva3) exigente4) brillante5) emprendedora6) fuerza del ego adecuada7) trauma familiar en adolescencia8) extrovertida	<ul style="list-style-type: none">1) desconfiada2) discutidora3) hipersensible a la opinión de los demás4) hostil5) rígida6) celopatía7) moralista8) se siente exageradamente maltratada por la vida9) preocupación exagerada10) temerosa11) inquieta12) independiente13) aburrida14) inconforme15) asertiva16) verbal17) agradable18) competitiva19) dificultad en sus relaciones matrimoniales20) dificultad en relaciones interpersonales21) extrovertida22) gregaria

CASO VI:
E.D.F. —
Hombre, 26 años.

Predicción Clínica	Predicción Estadística
1) molestias psicósomáticas 2) carencia de energía 3) visión nublada 4) abuso de sustancias 5) fobias 6) tensión 7) pesadillas repetidas 8) carencia de motivación 9) problema en sus logros 10) pasivo 11) distante de los demás 12) afectivamente distante 13) carencia de introspección 14) baja autoestima 15) creatividad literaria	1) aislado 2) ligeramente confuso 3) ineficiente (debido a intervención quirúrgica) 4) defensivo 5) ansioso 6) irritable 7) dificultad para pensar y concentrarse 8) hiperactivo 9) temeroso de perder control 10) alejado de los demás 11) insomnio 12) físicamente enfermo 13) sentimiento de culpa 14) minusvalía 15) conflictos sexuales 16) resistente a interpretaciones psicológicas 17) subestima la seriedad de sus problemas 18) inquieto 19) emocionalmente lábil 20) tenso 21) impulsivo 22) hiperactividad de pensamiento y conducta 23) necesidad de emociones intensas 24) aburrimiento 25) extrovertido, amistoso 26) pacífico 27) creativo

CASO VII:

E.A.P.

Mujer, 34 años.

Predicción Clínica	Predicción Estadística
1) dificultades matrimoniales 2) depresiva 3) abuso de sustancias 4) agresiva bajo influencia de alcohol 5) problemas psicossomáticos intensos (cistitis, cefaleas, diarreas, amenorrea etc) 6) mitómana 7) carencia de control de impulsos 8) rel.interpersonales inadecuadas 9) desconfiada	1) defensiva 2) perturbada emocionalmente 3) problemas psicossomáticos* 4) hipocondriaca** (cefaleas intensas) 5) inmadura 6) egocéntrica 7) manipuladora 8) alcoholismo 9) inadecuación personal para enfrentar exigencias de la vida normal
10) tendencias persecutorias 11) decepción crónica ante la imposibilidad de tener hijos	10) indecisa 11) ansiosa 12) pesimista 13) amargada 14) insatisfecha, exigente 15) irritable 16) dificultades interpersonales 17) conflictos matrimoniales 18) moralista 19) poca introspección en relación a la naturaleza emocional de sus problemas 20) extrovertida 21) represiva 22) problemas conversivos

* Psicossomático: Grupo de desórdenes cuya etiología está relacionada a factores emocionales (desde 1952 la APA los denomina desórdenes fisiológicos autónomos y viscerales) Fenichel, los denominaba neurósis de órgano.

** Hipocondriasis: Síntomas referibles a estructura y funcionamiento física cuando no existe relación causal establecida entre la parte afectada y molestias debidas a síntomas.

CASO VIII:

A.V

Hombre, 54 años.

Predicción Clínica	Predicción Estadística
<ul style="list-style-type: none">1) Problemas familiares2) afable3) amable4) responsable5) ausencia de psicopatología6) sensible7) insatisfecho	<ul style="list-style-type: none">1) inconformista2) convencional3) altas normas de conducta4) ingenuo y simplista5) precabido6) vulnerable a la crítica7) aparente insatisfacción8) gran necesidad de logros9) confianza en sí mismo10) irritable ante restricciones de tiempo y actividades11) aprensivo acerca de sus salud física y bienestar12) quejumbroso13) tímido14) inhibido15) incómodo en situaciones sociales16) sensible17) conversador

CASO IX:

J.A.

Hombre, 41 años.

Predicción Clínica	Predicción Estadística
1) diagnóstico diferencial en relación a hospitalización 2) bajo tratamiento neuroléptico 3) intentos suicidas 4) depresivo 5) exaltado 6) delirios de grandeza religiosa 7) rasgos paranoides 8) buen contacto con la realidad 9) problemas de impotencia 10) relaciones interpersonales inadecuadas 11) incapacidad para trabajar debido a problemas emocionales	1) conformista y convencional 2) ingenuo, simplista 3) cauteloso 4) vulnerable a la crítica 5) episodios de incertidumbre psicológica 6) pensamientos inusuales 7) concepto de sí mismo incierto 8) hostil 9) hipersensible a opinión de los demás 10) sensible a la crítica 11) rígido, terco 12) celopatía 13) moralista 14) resentido 15) preocupaciones exageradas 16) desconfiado 17) tímido 18) inhibido 19) incómodo en situaciones sociales 20) carencia de confianza en sí mismo 21) inseguro 22) percibe el mundo en forma diferente a la de los demás 23) negativo 24) contacto con realidad dudoso 25) frío 26) distante 27) a veces confuso 28) insatisfecho consigo mismo 29) irritable 30) impredecible

CASO X:
F.C.
Hombre, 33 años.

Predicción Clínica	Predicción Estadística
1) problema de desesperación 2) soledad 3) depresión 4) inmadurez 5) relaciones interpersonales pobres 6) carencia de empatía 7) anhedonia 8) aislamiento 9) homocrotismo 10) educación ética muy estricta 11) llanto desesperado 12) temor al SIDA 13) extrovertido 14) furia por lo que le sucede 15) esquizotípico 16) borderline 17) excéntrico 18) sensible al dolor 19) pobreza en relaciones íntimas 20) relaciones interpersonales empobrecidas 21) pensamiento solitario 22) fantasías abundantes 23) vida emotiva restringida	1) confuso 2) perturbado 3) se hace el enfermo 4) conducta inusual 5) tensión extrema 6) ansiedad intensa 7) depresión 8) preocupación 9) obsesivo 10) estado de pánico 11) juicio empobrecido 12) inseguridad 13) inadecuación 14) conflicto de inferioridad 15) tímido 16) temeroso 17) socialmente inepto 18) aislado 19) no se involucra 20) escasas relaciones sociales gratificantes 21) pasivo 22) dependiente 23) ambivalente 24) indeciso 25) sentimiento de culpa 26) consciente 27) responsable 28) experimenta tormentos en la vida 29) carencia de mecanismos de defensa adecuados 30) insomnio 31) fantasioso 32) posible ideación suicida 33) abuso de drogas 34) rebelde 35) impulsivo 36) activo 37) enérgico 38) verbal 39) agresivo 40) superficial en sus relaciones

CASO XI:
F.R.
Hombre, 39 años.

Predicción Clínica	Predicción Estadística
<ol style="list-style-type: none"> 1) ansiedad y depresión debido a posible divorcio 2) preocupado por lo que sucede con su matrimonio 3) tristeza 4) confusión 5) poca capacidad de introspección 6) superficial en sus relaciones interpersonales 7) fastidioso 8) egoísta 9) impulsivo 10) cauteloso 11) previsor 12) responsable 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ansioso 2) tenso 3) reiterativo 4) duda de sí mismo 5) culpígeno 6) indeciso 7) responsable 8) moralista 9) rígido 10) insatisfecho consigo mismo 11) autocrítico 12) rasgos fóbicos 13) rasgos obsesivo-compulsivos 14) serio 15) cuidadoso 16) cauteloso 17) poco asertivo 18) algo pesimista 19) preocupado 20) deprimido 21) periodos de baja energía 22) insomnio 23) falta de apetito 24) dificultad para tomar decisiones 25) periodos en que viven en el pasado 26) periodos de indiferencia hacia el presente y gran preocupación por el futuro 27) inquieto 28) independiente 29) se aburre con facilidad 30) poco conformista 31) busca variedad, cambio y nuevos estímulos 32) apropiadamente asertivo 33) capaz de expresar adecuadamente su enojo 34) verbal 35) caebién 36) competitivo 37) tímido 38) inhibido 39) complaciente

- 40) sensible
41) perfeccionista

CASO XII:

E.A

Mujer, 34 años.

Predicción Clínica	Predicción Estadística
<p>1) problemas para relacionarse con el sexo opuesto</p> <p>2) problemas para mantener un trabajo permanente</p> <p>3) problemas laborales y familiares debido a su carácter demasiado fuerte</p> <p>4) muy agresiva</p> <p>5) dificultad para controlar impulsos</p> <p>6) problemas de obesidad</p> <p>7) depresiva</p> <p>8) ansiosa</p> <p>9) toma alcohol en forma competitiva con los hombres</p> <p>10) tensa</p> <p>11) irritable</p> <p>12) muy distraída</p> <p>13) teme establecer relaciones interpersonales emocionales</p> <p>14) no le gusta compartir con los demás</p> <p>15) exigente</p> <p>16) resiente cuando sus exigencias son rechazadas</p>	<p>1) tensa</p> <p>2) hostil</p> <p>3) irritable</p> <p>4) emocionalmente lábil</p> <p>5) inquieta</p> <p>6) hiperactiva</p> <p>7) indecisa</p> <p>8) emocionalmente inapropiada</p> <p>9) desconfiada</p> <p>10) ambivalente</p> <p>11) habladora</p> <p>12) poco precisa</p> <p>13) muy fantasiosa</p> <p>14) socialmente aislada</p> <p>15) relaciones sociales empobrecidas sobre todo con el sexo opuesto</p> <p>16) conflictos y problemas sexuales</p> <p>17) gran necesidad de logros pero capacidad de actuación muy baja que resulta en baja auto estima</p> <p>18) puede evitar situaciones competitivas, en las que se tenga que probar sus capacidades reales</p> <p>19) desconfiada</p> <p>20) hostil</p> <p>21) hipersensible a opiniones ajenas</p> <p>22) rígida</p> <p>23) testaruda</p> <p>24) injustificadamente celosa</p> <p>25) moralista</p> <p>26) cree que recibe un trato injusto de la vida</p> <p>27) preocupaciones exageradas a amenazas personales</p>

- 28) mecanismo de defensa más utilizado
 proyección
 29) tímida
 30) insegura
 31) dificultad para ser asertiva
 32) práctica
 33) no se intimida fácilmente
 34) expresa su enojo abiertamente

CASO XIII:

A.C.

Hombre, 32 años.

Predicción Clínica	Predicción Estadística
1) problemas homoeróticos 2) problemas familiares 3) grandes sentimientos de culpa 4) muy vulnerable ante la crítica ajena 5) siente gran enojo y hostilidad hacia los demás	1) sensible 2) creativo 3) imaginativo 4) introspectivo 5) idealista 6) pacífico 7) tolerante 8) culturalmente sofisticado 9) variedad de intereses artísticos y estéticos 10) adecuada capacidad de juicio 11) adecuado control de sí mismo 12) verbal 13) expresivo 14) contemplativo 15) romántico 16) prefiere actividades no competitivas 17) celoso injustificadamente 18) temperamento mal regulado 19) hipersensible ante los demás 20) intolerante 21) dificultad para solucionar sus problemas 22) cuidadoso 23) serio 24) prudente 25) poco asertivo 26) pesimista 27) carece de auto confianza 28) deprimido 29) grado promedio de habilidades sociales

CASO XIV:
E.M.
Mujer, 38 años

Predicción Clínica	Predicción Estadística
<p>1) muy deprimida</p> <p>2) numerosos problemas personales y familiares que la rebasan</p> <p>3) incapaz de seguir adelante sin ayuda</p> <p>4) logra superar experiencias infantiles traumáticas</p> <p>5) problemas de pareja en su segundo matrimonio (por alcohol)</p> <p>6) rasgos pasivo agresivos</p> <p>7) tensa y preocupada</p> <p>8) muy exigente consigo misma</p>	<p>1) patrón neurótico clásico: ansiedad crónica, estrés, depresión y rasgos obsesivo compulsivos</p> <p>2) fuertes necesidades de logro</p> <p>3) sentimientos de inadecuación e inferioridad</p> <p>4) preocupada</p> <p>5) ansiosa</p> <p>6) culpífera</p> <p>7) impotente</p> <p>8) intra punitiva</p> <p>9) pesimista</p> <p>10) quejas somáticas</p> <p>11) tendencia hacia relaciones pasivo-dependientes</p> <p>12) rebelde</p> <p>13) inmadura</p> <p>14) impulsiva</p> <p>15) activa</p> <p>16) enérgica</p> <p>17) verbal</p> <p>18) independiente</p> <p>19) arriesgada</p> <p>20) aventurera</p> <p>21) poco aprecio hacia normas sociales</p> <p>22) baja tolerancia a la frustración</p> <p>23) agresiva</p> <p>24) le cuesta trabajo aprender de sus experiencias</p> <p>25) capacidad de juicio y planeación impedidas</p> <p>26) historias de fracaso marital y laboral</p> <p>27) rasgos psicópatas</p> <p>28) defensas más comunmente utilizadas racionalización y proyección</p> <p>29) tímida</p> <p>30) aislada</p> <p>31) carece de auto confianza</p> <p>32) seria</p> <p>33) convencional</p> <p>34) difícil de conocer</p> <p>35) desconfiada</p>

- 36) hiper sensible
- 37) rasgos de personalidad esquizoide
- 38) práctica
- 39) expresa su enojo en forma abierta

CASO XV:
 S.L.
 Mujer, 38 años.

Predicción Clínica	Predicción Estadística
<ul style="list-style-type: none"> 1) conflictos graves de pareja 2) se siente: engañada, sola, humillada y abandonada (es extranjera) 3) confusa 4) Debido a su situación real se siente:deprimida 5) ansiosa 6) desesperada 7) impotente 8) cansada de luchar 9) Sistema yoico fuerte 	<ul style="list-style-type: none"> 1) asertiva 2) capaz de identificar y expresar descuerdos y coraje en forma modulada 3) práctica 4) disfruta de aparecer atractiva y moderna 5) tiene múltiples intereses y actividades 6) capaz de aceptar valores masculinos como complementarios a los suyos propios 7) asertiva 8) directa 9) no se intimida facilmente 10) expresa su enojo abiertamente 11) apropiadas habilidades sociales 12) reservada 13) modesta

ANALISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS

En el análisis cualitativo del caso I encontramos 8 predictores clínicos, de éstos 5 son positivos y 3 con patología, que varía desde marcos hasta ideación suicida y 27 predictores estadísticos de los cuales ninguno es positivo.

En el caso II encontramos 5 predictores clínicos, con una patología que varía desde conductas masoquistas, hasta conductas esquizoides y 32 predictores estadísticos de los cuales sólo 3, están ausentes de patología.

En el caso III encontramos 10 predictores clínicos con patología que varía desde ansiedad, hasta personalidad múltiple y 20 predictores estadísticos, de los cuales ninguno fué positivo.

En el caso IV encontramos 11 predictores clínicos con patología que va desde depresión, hasta hemiplejía histeroide y 23 predictores estadísticos de los cuales ninguno resultó positivo.

En el caso V encontramos 8 predictores clínicos de los cuales 4 son positivos y 4 con una patología, que varía desde problemas maritales hasta traumas familiares graves y 22 predictores estadísticos de los cuales 8, resultaron positivos.

En el caso VI encontramos 15 predictores clínicos, de los cuales sólo uno resultó libre de patología y los 14 restantes varían desde pasividad, hasta abuso de sustancias y 27 predictores estadísticos de los cuales 4 resultaron positivos.

En el caso VII encontramos 11 predictores clínicos con patología, que varía desde dificultades maritales hasta problemas psicossomáticos intensos y 22 predictores estadísticos de los cuales 2 son positivos.

En el caso VIII se encontraron 7 predictores clínicos, de los cuales 5 resultaron positivos y los patológicos se debieron a insatisfacción por situaciones familiares y 18 predictores estadísticos de los cuales 7, resultaron positivos.

En el caso IX se encontraron 11 predictores clínicos, con una patología que varía desde relaciones interpersonales inadecuadas, hasta intento suicida y 30 predictores estadísticos de los cuales ninguno resultó positivo.

En el caso X se encontraron 23 predictores clínicos, de los cuales sólo uno resultó positivo y los 22 restantes variaban en patología desde inmadurez, hasta rasgos esquizoides y borderline y 40 predictores estadísticos de los cuales 5, resultaron positivos.

En el caso XI se encontraron 12 predictores clínicos, de los cuales 4 resultaron positivos y 8 con

una patología que va desde superficialidad en relaciones interpersonales, hasta ansiedad y depresión graves y 41 predictores estadísticos de los cuales 9, resultaron positivos.

En el caso XII se encontraron 16 predictores clínicos, de los cuales sólo 1 resultó positivo y los 15 restantes variaron en patología desde irritabilidad, hasta graves problemas laborales y familiares y 34 predictores estadísticos de los cuales 2, resultaron positivos.

En el caso XIII se encontraron 5 predictores clínicos, con una patología que varía desde sentimientos de culpa, hasta problemas homosexuales y 29 predictores estadísticos de los cuales 13, resultaron positivos.

En el caso XIV se encontraron 8 predictores clínicos, de los cuales 1 resultó positivo y los otros 7 con una patología que variaba desde tensión, hasta depresión grave y 39 predictores estadísticos de los cuales 9, fueron positivos.

En el caso XV se encontraron 8 predictores clínicos, de los cuales 2 resultaron positivos y los 6 restantes con una patología que va desde depresión, hasta conflictos graves de pareja y 13 predictores estadísticos positivos sin rasgos de patología.

Se puede observar que en los quince casos estudiados, el número de predictores estadísticos supera al de predictores clínicos.

CONCLUSIONES

a) Con este estudio se intentó el inicio de este tipo de investigaciones relacionadas con los métodos predictivos clínico y actuarial o estadístico. Se utilizaron datos considerados "estudio de casos", (como los denominó Allport), quien enfatizó que el criterio clínico es superior al estadístico, pero sin realizar estudios comparativos. El procedimiento de esta investigación, consistió en una entrevista inicial de personas que integrarían un grupo terapéutico y en otros casos solicitamos autobiografías, después se les administró el MMPI completo y se compararon cualitativamente los dos procedimientos.

b) En esta investigación, se encontró, que el procedimiento actuarial utilizando el MMPI originado por Hathaway y McKinley ofrece mayor número de predictores estadísticos que los que se encontrarán por medio del método clínico. Este fenómeno ya ha sido observado anteriormente, por investigadores como Marks (1963), Meehl (1954), Hathaway (1942), Branter (1961), Barron (1953), Batalla (1988), Cadwell (1961), Clopton (1979), Gilberstad (1965), Gough (1950), Holmes (1953), etc. Estos investigadores obtuvieron datos estadísticos (actuariales) y los compararon repetidas veces con el método predictivo clínico.

c) En esta investigación el número de predictores estadísticos, superó al número de predictores clínicos, en cada uno de los casos estudiados.

(En el apéndice se presenta una lista detallada, caso por caso).

d) Estas observaciones del análisis de resultados son de gran importancia en el campo de la psicología clínica, ya que como lo observan los autores antes mencionados, se encuentran mayor número de predictores por medio del método estadístico que con el clínico.

e) Se puede considerar que las evidencias aquí presentadas, pueden servir de base para consideraciones futuras, sobre la importancia de resolver el dilema metodológico en relación a los resultados de entrevistas, pruebas psicológicas e historias clínicas que se refieran a conductas futuras de personas que integren un grupo.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En torno a las limitaciones del presente trabajo, es importante mencionar el reducido número de sujetos considerado en la presente investigación, que a pesar de reunir las características del estudio, son pocos para tratar de enunciar explicaciones generalizables y válidas para otras poblaciones.

Por otro lado también conviene tener en cuenta las limitaciones de la investigación Ex post facto, en cuanto a control de variables independientes, aleatoriedad en la selección de la muestra y riesgo de interpretación, en este caso meramente cualitativa, de los resultados.

Convendría por lo tanto tomar en cuenta las limitaciones antes mencionadas, para futuras investigaciones a realizar en esta línea.

Debido a la novedad del tema investigado en nuestro país, creemos que sería de fundamental importancia, ampliar el mismo mediante nuevos estudios, de ser posible ampliando la muestra y haciendo análisis estadístico de los resultados. Ya que si la muestra fuera mayor y los datos pudieran generalizarse, se podría incidir en un nivel de pronóstico para la terapia, con el consecuente beneficio tanto para la atención institucional como la privada.

Ya que en la medida en que se pueda mejorar el proceso de selección del procedimiento y la técnica más adecuada para cada paciente, por medio de un diagnóstico correcto, podrá hacerse más efectiva tanto la intervención terapéutica como el pronóstico de la misma, con el consiguiente beneficio para el paciente.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones anteriormente mencionadas, creemos que el hecho de haber encontrado diferencias, en cuanto a cantidad de predictores encontrados, entre los rasgos de personalidad que explora cada uno de los métodos utilizados, proporciona a la psicología clínica una información que puede ser empleada provechosamente para fines de diagnóstico, tratamiento y prevención.

ANALISIS CUALITATIVO DE DATOS CLINICOS E INTERPRETACIONES DEL MMPI PARA CADA UNO DE LOS CASOS

A continuación se presentan los resultados comparativos de los quince casos y a la vez una información cualitativa de los datos clínicos y los estadísticos en cada uno de los casos.

Puede observarse que cuando se combinan los datos obtenidos por medio de la historia clínica, la entrevista y datos autobiográficos, la información se acerca a la obtenida por medio de la interpretación actuarial al utilizar el Inventario Multifásico de la Personalidad.

CASO I

NOMBRE: A.V.Z.

EDAD: 44 Años

SEXO: Masculino

MOTIVO DE CONSULTA:

Se siente muy deprimido, sobre todo en la noche, cuando acaban sus actividades. Tiene sueños angustiantes y a la mañana siguiente se levanta muy cansado, siente que no le aprovecha el sueño. Señala que por su padecimiento ya no tiene energía, se chequeó en Estados Unidos y no le encontraron ninguna causa orgánica. Estuvo en psicoterapia y tomó anti-depresivos, pero siente que no le hacen mucho efecto, declara que últimamente se ha retirado de todo.

DATOS CLINICOS:

Se mostró muy cauteloso, durante la entrevista, pero paulatinamente perdió su temor y finalmente pudo expresarse sinceramente. Tiene gran facilidad de expresión y el vocabulario que utiliza es índice de un gran nivel cultural. Siempre muestra unos modales perfectos.

Relata que sufrió asma de pequeño y que ésta desaparece, al llegar a la adolescencia. Es una persona muy enfermiza. Narra que sus padecimientos comenzaron a los 17 años, con lo que él llama "mareos". Recientemente sufrió una crisis prepsicótica (señala que iba como en las nubes y que sentía que caía en un precipicio, pero que no le importaba). En las mañanas se siente débil, tenso, deprimido. Se siente mejor cuando tiene muchas actividades e ilusiones, pero actualmente no tiene deseos de hacer nada.

Le gusta mucho estar con amigos, pero actualmente tampoco disfruta esto.

Es una persona muy religiosa, presenta ideaciones suicidas. Normalmente es simpático de buen carácter, con inclinaciones y aptitudes artísticas y es muy perfeccionista en sus actividades. Presenta rasgos de carácter obsesivo compulsivos, sentimientos de culpa, personalidad pasivo agresiva y es narcisista.

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuaciones T de las escalas de validez y clínicas.

L 50 1 (Hs) 65 6 (Pa) 50

F 76	2 (D) 72	7 (Pt) 58
K 53	3 (Hi) 65	8 (Es) 65
	4 (Dp) 64	9 (Ma) 53
	5 (Mf) 65	0 (Si) 66

VALIDEZ:

Este es un perfil elevado de un paciente que cooperó, comprendió el instructivo y contestó las frases de manera esmerada. El perfil es válido.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

Las escalas clínicas del perfil de este paciente no corresponden a ninguna combinación típica de dos puntos de pacientes adultos que reciben evaluaciones clínicas. Por lo tanto, este informe se basa en las puntuaciones de una sola escala de adultos que reciben evaluaciones similares.

Las personas que ofrecen puntuaciones de la escala 2 en el mismo nivel que este paciente, son personas moderadamente deprimidas. Se preocupan mucho por una gran variedad de situaciones. Su perspectiva es pesimista y tienen un concepto de sí mismos inadecuado, pobre. Con frecuencia, el cuadro clínico se caracteriza por llanto, sentimientos de culpa, ansiedad y malestares somáticos. Esto puede representar un patrón crónico o una reacción al medio estresante, tales como pérdida de cariño o pérdida de una relación de importancia para él. Deben explorarse posibilidades de ideación suicida.

Las personas que ofrecen elevación similar en la escala 0 son tímidas, inhibidas, inseguras y se sienten incómodas en la mayor parte de las situaciones sociales, principalmente cuando se encuentran entre personas que les son extrañas. Carecen de confianza en sí mismos y dan la impresión de ser modestas, conformistas, sumisas y condescendientes. Tienen dificultad para obrar con firmeza.

Los pacientes que presentan puntuaciones similares en la escala 1 sufren de presentimientos continuos acerca de su salud física y su bienestar. Tienen mucho cuidado de correr riesgos, por temor a sufrir daños severos. Muchos, son personas que se afligen y son enfermizas e inmaduras, egoébricas e insatisfechas y manifiestan pérdida de ambiciones e impulsos. También pueden ser enfermos que encuentran impedimentos o tienden a darle demasiada importancia a sus dificultades.

Además, los hombres que ofrecen puntuación similar en la escala 5 tienen intereses que varían tanto en los deportes, actividades físicas y asuntos prácticos en las artes, música, literatura y ciencias. Les gustan tanto las actividades al aire libre como las internas, ya sea como participantes o como observadores. Son sensitivos, expresivos. Los universitarios ofrecen con frecuencia esta puntuación en la escala 5.

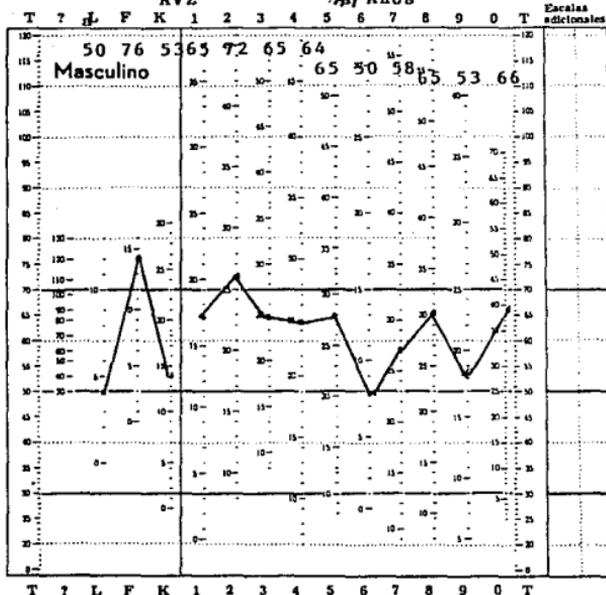
AGREGAR FACTOR K

(.5) _____

PUNTUACION CORREGIDA

AVZ

~~74~~ Años



Escalas adicionales

Fracciones K			
#	1	2	3
10	15	12	6
19	15	12	6
28	18	11	6
27	18	11	5
26	18	10	5
35	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
22	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	1	1
3	1	1	0
2	1	1	0
1	0	0	0

NOTAS:

Fecha: _____

CASO II

NOMBRE: S.A.B.
EDAD: 34 años
SEXO: Masculino

MOTIVO DE CONSULTA:

Formulación de un diagnóstico diferencial entre psicosis o neurosis, ya que se le había diagnosticado como esquizofrénico.

DATOS CLINICOS:

Es una persona muy religiosa que presenta conductas masoquistas, ya que se castiga constantemente "para sufrir" y presenta conductas extravagantes de ayuda y redención a los pobres de la calle. Su madre, que es enfermera, lo interna en un psiquiátrico a la fuerza y ahí lo diagnostican de esquizofrenia, sin embargo se duda de este diagnóstico ya que no presenta ningún rasgo de alucinaciones ni autismo y está bien orientado en tiempo, espacio y persona.

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuación de las escalas de validez y clínicas				
L 50	1 (Hs)	54	6 (Pa)	88
F 84	2 (D)	89	7 (Pt)	93
K 48	3 (Hi)	51	8 (Es)	103
	4 (Dp)	90	9 (Ma)	68
	5 (Mf)	67	0 (Si)	72

VALIDEZ:

Este es un perfil muy elevado de un paciente que contestó muchas frases de la escala F en dirección calificable y la validez del perfil (especialmente cuando es de consulta externa) puede ser dudosa. Esto ocurre cuando el examinado se encuentra confuso, perturbado, trata de invalidar la prueba, o por alguna otra razón manifiesta conductas muy extrañas o inusuales. En algunos casos es recomendable repetir la prueba.

INTERPRETACION DEL PERFIL ACTUARIAL:

Los resultados de las escalas clínicas de este paciente corresponden a la combinación de dos escalas 7-8/8-7. Esta combinación se encuentra en el 5.7% de adultos que reciben evaluación clínica. Los pacientes que ofrecen estas combinaciones, se encuentran extremadamente perturbados, con altos niveles de tensión y ansiedad. Generalmente se muestran deprimidos, preocupados, confusos, obsesivos y en algunos casos, al borde del pánico. Con mucha frecuencia presentan cuadros de juicio empobrecido, sentimientos de inseguridad crónica, de inadecuación y de inferioridad. Tienden a ser tímidos, temerosos y socialmente incapaces; por esta razón se comportan de manera aislada, no se involucran con los demás y carecen de experiencias sociales satisfactorias. Se muestran pasivos en sus relaciones interpersonales, dependientes, ambivalentes e indecisos. Cuando se relacionan con personas del sexo opuesto expresan culpa, ansiedad e inadecuación.

Son personas reponsables que muestran intensos conflictos internos. Carecen de defensas adecuadas con las que pudieran protegerse y se quejan de tener muchos problemas. Son personas muy fantasiosas. Muchos beben alcohol en forma excesiva, con lo que tratan de desahogarse y relajarse. Cuando la escala 2 es elevada, presentan cuadros de insomnio e inadecuación suicida.

Cuando la escala 4 es muy elevada, es conveniente explorar amenazas e intentos suicidas. Cuando se observan intentos suicidas, son de naturaleza extraña y el acto nunca se realiza. Los pacientes con puntuaciones elevadas en las escalas 2, 4, 7 y 8, generalmente son farmacodependientes.

Los pacientes adultos con elevación alta en la escala 4; son rebeldes, inmaduros, egocéntricos, extravertidos e impulsivos. Son activos, enérgicos, verbales, independientes y arriesgados. Pueden darle poca importancia a las normas y valores sociales. Frecuentemente tienen un bajo nivel de tolerancia a la frustración, pueden ser agresivos y presentan dificultades para aprender de la experiencia. Son personas que establecen relaciones interpersonales superficiales. Con frecuencia existen dificultades familiares y laborales.

Además de los rasgos clásicos de personalidad sociopática son frecuentes: dificultades con la policía, rebelión, actividad criminal, abuso de sustancias, incapacidad para lograr relaciones íntimas, insensibilidad ante sentimientos y necesidades de otros, conducta manipuladora, hostilidad y resentimiento. No presentan sentimientos de culpa genuinos o remordimiento por sus actos. Los mecanismos de defensa que utilizan son la proyección y la racionalización.

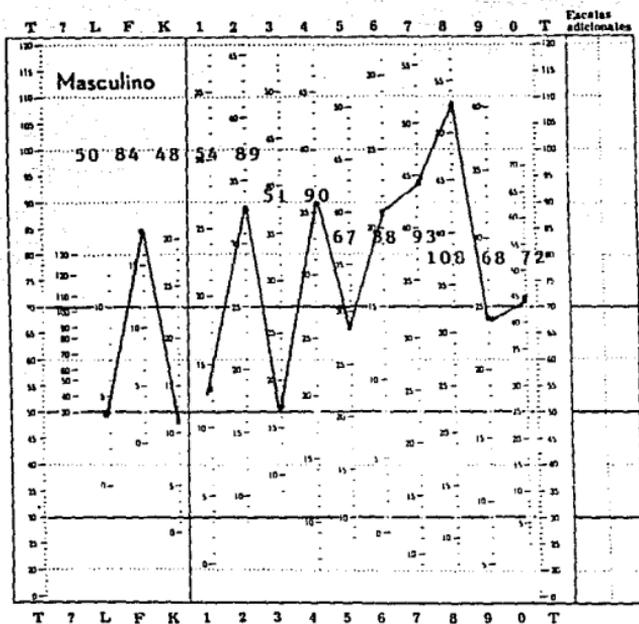
Las personas que ofrecen puntuación alta en la escala 0 son tímidas, solitarias, se aíslan de los demás y son socialmente introvertidas, especialmente en sus relaciones con el sexo opuesto. Se sienten incómodos en la mayoría de las situaciones sociales y carecen de habilidades para enfrentarlas. Carecen de confianza en sí mismos, se preocupan y cabían. Algunas pruebas las describen como individuos serios, convencionales y difíciles de conocer. Son muy desconfiados y extremadamente sensibles y con facilidad se molestan.

Los hombres con escala 5 alta, tienen intereses en los deportes, en la actividad física y también en actividades artísticas como música, literatura y ciencias. Les gustan las actividades hogareñas y las de campo libre. Son personas sensibles, introspectivas, curiosas, les gusta conversar y verbalmente son expresivos. Los hombres con escolaridad universitaria obtienen puntuación similar en la escala 5.

AGREGAR FACTOR K

50 84 48 (5) 54 81

PUNTUACION CORREGIDA



NOTAS:

U.A.B. 34 n. 03

Fecha: _____

CASO III

NOMBRE: E.R.M.
EDAD: 33 años
SEXO: Femenino

MOTIVO DE CONSULTA:

Se presenta con un cuadro de perturbación de naturaleza afectiva debido a fuertes sentimientos de culpa, a angustia y ansiedad.

DATOS CLINICOS:

Se frustra con facilidad, tiene dificultades para establecer relaciones interpersonales, sobre todo con personas del sexo opuesto y sobre todo cuando existe la posibilidad de establecer relaciones sexuales. Desde la infancia, presentó un cuadro de epilepsia y desde entonces actúa con características especiales, en su autobiografía narra que: "Se había cogido a su hermano menor". Es exageradamente religiosa, escribe poemas de contenido religioso, se relaciona con un sacerdote y tiene fantasmas de casarse con él, ya que según declara él va a pedir una dispensa papal para poder hacerlo. Anteriormente fue tratada con procedimientos psiquiátricos. Narra haber tenido experiencias de abuso sexual en su infancia, con su padre. Tiene personalidad múltiple (la religiosa buena y la mala).

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuaciones T de las escalas de validez y clínicas:

L 46	1 (Hs) 76	6 (Pa) 67
F 80	2 (D) 80	7 (Pr) 79
K 40	3 (Hi) 59	8 (Es) 92
	4 (Dp) 93	9 (Ma) 61
	5 (Mf) 47	0 (Si) 61

VALIDEZ:

Este es un perfil exageradamente elevado de una paciente que contestó muchas frases de la escala F en dirección calificable. La validez del perfil (especialmente en el caso de consulta externa) puede ser dudosa. Esto sucede cuando una persona se encuentra confusa, perturbada, trata de engañar, o por alguna otra razón pretende manifestar conductas muy perturbadas. En algunos casos es conveniente repetir la prueba.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

Los resultados de las escalas clínicas de esta paciente corresponden a la combinación 4-8/8-4. Esta combinación entre personas adultas evaluadas ocupa el segundo lugar, (6,9% del grupo de adultos). Las personas que ofrecen esta combinación, generalmente son imprevisibles en lo que se relaciona con la conducta, pensamiento y afecto. Se observan en ellos una gran variedad de rasgos caracterológicos, entre los que se pueden mencionar impulsividad, empatía perturbada, irresponsabilidad, baja tolerancia a la frustración y tendencia a manipular a los demás. Con frecuencia estas personas son solitarias, temerosas de establecer relaciones interpersonales cercanas. Si se casan, es muy frecuente que tengan dificultades matrimoniales. Se les describe como irritables desconfiados, inestables y emocionalmente inapropiados. Muchas veces se observan conflictos sexuales, incluyendo excesiva preocupación acerca de su propia adecuación sexual. Con frecuencia se encuentran obsesionados con pensamientos sexuales extraños y creencias radicales en el área religiosa o política. Es muy frecuente que presenten exageradas

necesidades de atención y afecto.

Muchas de estas personas son inestables, punitivas y agresivas. Parece que se sienten bien cuando causan ansiedad y culpa a otras personas, quienes los consideran extraños, peculiares y raros. Con frecuencia perciben al mundo en forma amenazante y a la gente la consideran hostil, peligrosa y rechazante. Muchas veces se alejan de los demás y tienen dificultades con la policía. La conducta de "acting out" por lo general es autodestructiva o autodestructiva. Estas personas han sido poco capaces en sus logros escolares y laborales. Muchas personas que presentan este tipo de perfil tienen algún tipo de desorden del pensamiento y la naturaleza de su estilo de vida es inestable. Algunos son capaces de llegar a actos violentos y de abuso físico y a veces pueden comportarse en forma extraña, sádica y depravada. Los mecanismos de defensa característicos son: proyección, racionalización y regresión.

Las personas que presentan similar puntuación en la escala 1 frecuentemente son enfermizas, presentan una serie de padecimientos somáticos, algunos de los cuales son indefinidos. Tienen a presentar su hostilidad en forma vicaria y carecen de capacidad introspectiva. Frecuentemente muestran pérdida de impulsos y de energía, como también aprensión acerca de su salud, malestares físicos y enfermedades fatales. Son egocéntricos y utilizan mecanismos de defensa de somatización y de desplazamiento.

Estas personas se quejan de gran número de molestias físicas de naturaleza crónica, que involucran muchos órganos del cuerpo. Pasan mucho tiempo sentados, acostados, inactivos, o se muestran físicamente fatigados. Con frecuencia existe la creencia en su historia clínica de que desde la infancia padecieron de algún daño físico, eran débiles y sufrían de aprensión persistente acerca de la salud, enfermedades y agotamiento físico.

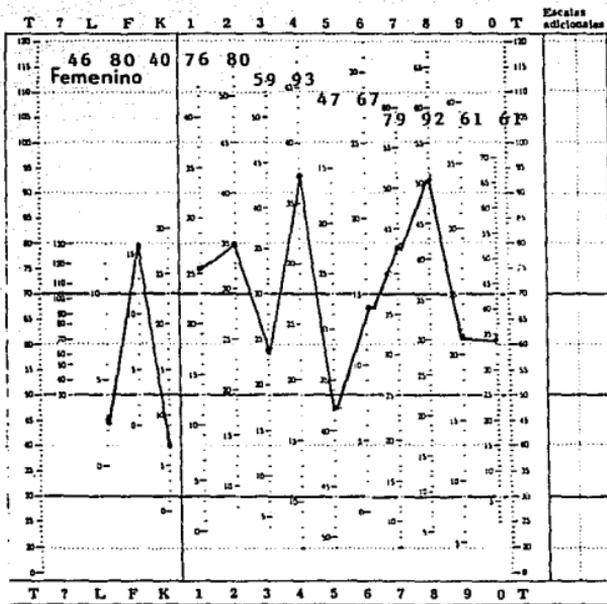
Esta puntuación en la escala 2 generalmente sugiere un cuadro depresivo que oscila entre lo moderado y lo severo. Estas personas presentan malestares de insomnio, trastornos de la alimentación y aislamiento interpersonal, baja auto-estima y sentimientos de inadecuación y culpa. Con frecuencia se sienten desesperados y desilusionados; pueden presentar muchos malestares físicos, mostrarse llorosos, indecisos y apáticos. Debe tomarse en consideración la adicción farmacológica. Es conveniente explorar si hay ideación suicida.

Quienes presentan esta puntuación en la escala 0 son probablemente tímidos, inhibidos, inseguros y se sienten incómodos en la mayoría de las relaciones sociales. Estos es más frecuente cuando se encuentran en presencia de personas extrañas. Carecen de confianza en sí mismos y dan la impresión de ser modestos, conformistas, sumisos y complacientes.

Las mujeres que presentan elevación similar en la escala 5, son pragmáticas acerca de muchos aspectos, incluyendo la apariencia personal. Les gusta vestir a la moda, sentirse atractivas, tienen muchos intereses y actividades y aceptan tener cualidades masculinas además de las propias de su sexo. Son seguras de sí mismas, valerosas y no se intimidan con facilidad. Cuando se enojan, expresan sus sentimientos en forma franca.

(.4) — (1) — (1) — (.2) —

ERM 33 años



PERFIL Y SUMARIO
DEL MMPI

Nombre y Firma: _____

CASO IV

NOMBRE: C.F
EDAD: 38 años
SEXO: Femenino.

MOTIVO DE CONSULTA:

Se queja de problemas matrimoniales, de que el esposo la engaña y no le da suficiente dinero para gastos. Además se queja de cuadros psicósomáticos, cefaleas recurrentes y en el pasado presentó un cuadro de parálisis hemipléjica.

DATOS CLINICOS:

Presenta un cuadro de celopatía extraña: Cuando tuvo su tercer hijo, su mamá se quedó en su casa a cuidar a los otros dos niños y la paciente sospecha, que su madre de 62 años de edad y su esposo al estar solos, tuvieron relaciones sexuales; cree que estas relaciones continuaron cuando ella regresó de la maternidad, ya que en varias ocasiones al levantarse a las dos de la mañana a amamantar al bebé no encuentra a su esposo en la cama, lo busca en la casa y no lo encuentra y asume que está con la mamá en uno de los cuartos de la casa, indica que su mamá es muy exhibicionista con el esposo, ya que anda por la casa con poca ropa, muestra en forma indiscreta sus senos y favorece actitudes provocativas frente a su yerno.

Es una persona ansiosa, frustrada, depresiva y aislada, sin amistades, rígida, desilusionada consigo misma; terminó la secundaria y sabe contabilidad y mecanografía.

Presenta manifestaciones psicósomáticas diversas, rasgos histeroideos, parálisis hemipléjica, sin causa fisiológica. Su carencia de escolaridad le crea frustraciones; se siente como una intrusa, extraña en la familia de esposo y con la suya propia.

Se tuvo una entrevista con la madre, que a pesar de su edad es una mujer sumamente atractiva, al cuestionarla, respecto a los celos de su hija, contestó "Mi hija está loca, yo no necesito hacerlo con mi yerno, además ni es mi tipo".

RESULTADOS DEL MMPI:

L 56	1 (Hs) 68	6 (Pa) 53
F 50	2 (D) 78	7 (Pt) 73
K 66	3 (Hi) 68	8 (Es) 71
	4 (Pd) 67	9 (Ma) 55
	5 (Mf) 49	0 (Si) 49

Este perfil corresponde a una persona que cooperó comprendió el instructivo y contestó las frases en forma adecuada. Por lo tanto el perfil es válido.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

Los resultados de las escalas clínicas corresponden a la combinación 2-7/7-2. Este es uno de los patrones más comunes en adultos.

Este perfil sugiere un patrón caracterizado en forma clásica como neurótico, con cuadros de ansiedad crónica, tensión, molestias depresión y rasgos obsesivo compulsivos. Estas personas mantienen normas altas, rígidas y con frecuencia se desilusionan de lo que hacen, ya sea en el trabajo, en el sexo, o en las responsabilidades familiares, o en cualquier otra área de la vida. Tienen fuertes necesidades de logro y de reconocimiento y se sienten constantemente frustradas, lo cual conduce a sentimientos de inadecuación y de inferioridad.

Estas personas se preocupan mucho y sobre reaccionan al más mínimo estrés, irritación y frustración. Su aceptación de responsabilidad provoca solamente mayores cuadros de ansiedad y sentimientos de culpa. Son interpunitivos y con frecuencia indican que se sienten sobrecogidos y pesimistas. Presentan molestias somáticas muchas de éstas vagas, que incluyen fatiga e insomnio. Tienen la tendencia a relaciones pasivo-dependientes especialmente cuando se encuentran bajo tensión.

Muestran dificultad en el proceso del pensamiento y de la comunicación, se sienten alienados de la familia y de otras personas. Pueden presentar incongruencia del pensamiento y el afecto, así como también pensamiento fragmentado (realidad/fantasma). Informan pocas si acaso algunas, relaciones sociales gratificantes. Existe una vida de fantasía muy rica y las ensañaciones son frecuentes. Estas personas son dadas a la confusión y parecen raras y poco convencionales. Con frecuencia presentan sentimientos de incompreensión, rechazo y generalmente alienación de los demás. Debe explorarse la posibilidad de desorden del pensamiento.

Nota: En algunas personas con puntuación T mayor que 75 en la escala 8 especialmente en adultos con escolaridad, los rasgos mas patológicos no se pueden aplicar.

Las mujeres son prácticas acerca de aspectos relacionados con su apariencia personal. Disfrutan andar a la moda y lucir atractivas. Balancean su tiempo entre múltiples actividades e intereses.

Son capaces de aceptar valores masculinos complementarios a los propios.

Son asertivos, luchadores y no se intimidan fácilmente.

Cuando se enojan expresan sus sentimientos directamente y en forma verbal.

(.4)_____

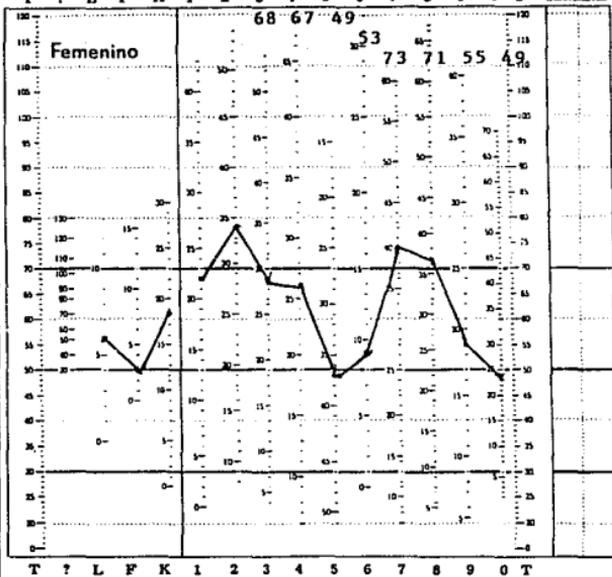
(1)____(1)____(.2)_____

CF _____ 38 años _____

T 7 56 L 50 K 66 68 78 3 4 5 6 7 8 9 0 T Escalas adicionales

Fraciones K

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



Nombre y Firma: _____

CASO V

Nombre: A.F.
EDAD: 26
SEXO: Femenino.

MOTIVO DE CONSULTA:

Llega a terapia por problemas con su pareja, presenta un cuadro de celos, pero no hacia otra mujer, sino hacia el trabajo de su marido, que según ella lo mantiene alejado.

DATOS CLINICOS:

Es una joven con un fuerte trauma familiar, está casada y después de 10 meses de matrimonio tiene problemas de pareja, ya que fue agresiva, exigente, peleonera y resentida que el esposo la abandono por sus negocios.

En su carrera es brillante, inteligente y emprendedora. Es una persona fuerte y segura de sí misma, aunque manifiesta que es muy susceptible a las críticas externas.

El grave trauma familiar que se presenta, cuando ella era una adolescente, le crea una serie de conflictos intensos que en ningún momento puede superar. Es una persona físicamente sana y atractiva, es femenina y muy preocupada por su aspecto físico.

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuación T para las escalas de validez y clínicas

L 53	1 (Hs) 54	6 (Pa) 70
F 76	2 (D) 63	7 (Pt) 51
	3 (Hi) 66	8 (Ma) 60
	4 (Dp) 69	9 (Ma) 63
	5 (Mf) 61	0 (Si) 46

VALIDEZ:

Este es un perfil elevado de una persona que fue cooperativa comprendió y respondió en forma adecuada.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

La puntuación de las escalas clínicas de este perfil no corresponden a una clave de 2 escalas por lo tanto este informe esta basado en la evaluación de las puntuaciones de escalas clínicas aisladas.

Las personas que presentan este perfil en la escala 6 son desconfiadas, discutidoras, hipersensibles, hostiles y reaccionan a la crítica. Son sensibles a la opinión de los demás. Toman la crítica muy en serio y sus sentimientos son fácilmente heridos. Frecuentemente son descritas como personas rígidas, testarudas, injustificadamente celosas y son muy moralistas. En forma típica creen que han recibido un maltrato de la vida y expresan su sentimiento hacia los demás incluyendo a las personas cercanas a ella. Sus percepciones son influenciadas por preocupación exagerada hacia amenazas personales y hacia peligros encubiertos y le dan significados idiosincráticos a los estímulos. El mecanismo de defensa más frecuente es la proyección. Las personas que presentan esta puntuación en la escala 4 tienden a ser inquietas, independientes se aburren con facilidad, inconformes y detectan amenazas personales. Buscan variedad y cambio en los estímulos. Son capaces de ser apropiadamente asertivas y se identifican con la expresión de su enojo en una forma, apropiada. Son verbales, agradables y competitivas. Típicamente se encuentran libres. Están libres de conflictos emocionales, aunque algunas personas experimentan dificultades en sus relaciones interpersonales. Las personas que presentan una puntuación similar en la escala 3, son temerosas del dolor y del sufrimiento y están preocupadas de protegerse de peligros físicos y emocionales.

Pueden aparecer esperanzadas, llenas de deseos, optimistas, extrovertidas y entusiastas, pero con frecuencia son personas ingenuas y sugestionables. Tienen una necesidad persistente de disimular y de ser aceptados por otros y típicamente enfatizan los aspectos buenos de la vida al grado de excluir los aspectos negativos. Niegan con frecuencia problemas y cuando se sienten amenazadas o confrontadas, evaden y culpan a los demás.

En la escala 5 son descritas, como asertivas, vigorosas, seguras, espontáneas, extrovertidas, competitivas y desinhibidas. Enfatizan fondo sustancia y función sobre la forma, son prácticas y a menudo expertas en habilidades verbales y físicas.

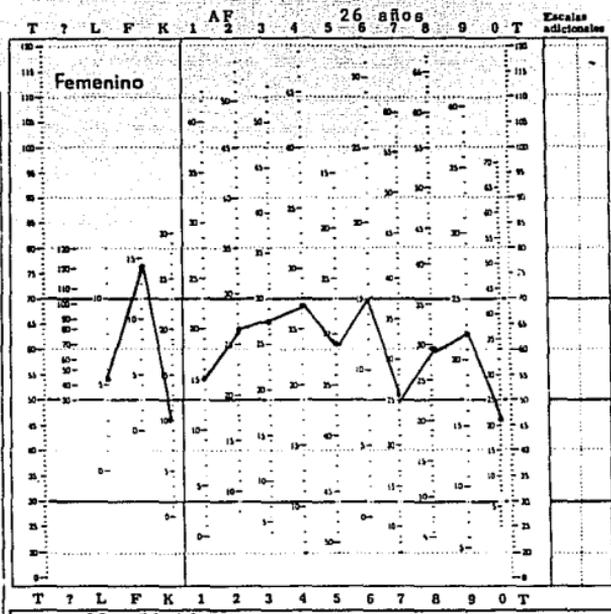
Tiempo personal y propósitos son mas importantes que las artes y lo estético.

Prefieren lo mecánico, lo científico y la computación, sobre literatura y le dan mas importancia a las acciones que a las palabras. Pasan poco tiempo expresando sentimientos propios o ajenos.

Individuos con puntuaciones similares en la escala 0 son extrovertidos gregarios y se sienten bien en situaciones sociales, los demás los encuentran agradables y atractivos son competentes y se adaptan socialmente.

(.4)

(1) (1) (2)



PERFIL Y SUMARIO
DEL MMPI

53 76 46

54 63 66

69 61

70 51 60 63 46

Nombre y Firma: _____

CASO VI

Nombre: E.D.F.
EDAD: 26
SEXO: Masculino.

MOTIVO DE CONSULTA:

Presenta molestias psicósomáticas como cefaleas e insomnio, con frecuencia pasa 5 ó 6 horas, sin poder dormir debido a tensión nerviosa. Se queja de falta de energía y visión nublada. Además presenta problemas de abuso de sustancias, alcohol, marihuana y a veces hongos. Además presenta ansiedad, fobias, tensión nervioso y sueños repetitivos angustiosos.

DATOS CLINICOS:

A pesar de que el paciente terminó la carrera de ingeniería, su trabajo consiste en impartir clases de ciencias naturales y biología en una escuela secundaria.

Las características que se observaron en la entrevista inicial, son las que corresponden a un individuo cooperativo, franco, complaciente, de fácil trato, pasivo, distante, tímido y que se le dificulta hablar con las personas.

También presenta zoofobias (miedo exagerado a ratas y cucarachas) y monofobias (miedo a estar solo).

Manifiesta tener dificultades para establecer relaciones interpersonales afectivas.

Presenta una inteligencia normal y superior, niega su problemas y es inmaduro, poco realista y con una baja auto estima.

Frecuentemente sufre de neurodermatitis.

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuación T de las escalas de validez y clínicas:

L 56	1 (Hs) 67	6 (Pa) 53
F 68	2 (D) 87	7 (Pt) 71
K 57	3 (Hi) 73	8 (Es) 80
	4 (Pd) 69	9 (Ma) 78
	5 (Mf) 76	0 (Si) 63

VALIDEZ :

Este es un perfil clínicamente elevado de una persona que cooperó y contestó los instructivos en forma adecuada, el perfil es válido.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

Corresponde a un perfil 2-8/8-2. Las personas con esta combinación, generalmente son descritas como aisladas confusas ineficientes, defensivas e irritables. Con frecuencia se encuentra ansiedad y depresión, estas personas tienen gran dificultad para pensar y concentrarse. Son hiperactivas y con frecuencia temen perder el control de sus impulsos. Son suspicaces y desconfiados, mantienen a los demás a distancia, son muy sensibles a la opinión de otros y como consecuencia se mantienen alejados. Tienen sentimientos de culpa y de minusvalía.

Muchas de estas personas son físicamente enfermas. Tienen dificultades para dormir. Conflictos sexuales e ideación obsesiva como parte del cuadro clínico. Además, con frecuencia subestiman la seriedad de sus problemas y son resistentes a interpretaciones psicológicas. Las personas con puntuaciones semejantes en la escala 9 con frecuencia

son emocionalmente lábiles, inquietas, tensas e impulsivas. Puede presentarse también hiperactividad del pensamiento y la conducta y dificultad para controlar impulsos, tienen una gran necesidad de emociones y un alto nivel de energía. Con facilidad se frustran y se aburren, el concepto de sí mismos es positivo y tienen una gran variedad de intereses pero no los conservan. No tienen extremas experiencias de malestar, pero más bien son emotivos, habladores, expresando el punto de vista que "nunca se sintieron mejor en la vida que este momento". Hacen énfasis en el futuro y discuten muchos altos niveles de logro y planes a largo plazo. Aunque en general son amistosos y extrovertidos, sus relaciones interpersonales son superficiales.

Los hombres con puntuación similar en la escala 5 son descritos como sensibles, creativos, imaginativos, introspectivos, idealistas, pacíficos y tolerantes. Tienden a ser sofisticados culturalmente, tienen una variedad de interés artísticos y estéticos. Su juicio y autocontrol generalmente es bueno. Son verbales autoexpresivos y contemplativos, prefieren pensar y hablar a actuar. Presentan una orientación pasivo-sumisa hacia las dificultades de la vida lo cual se observa especialmente en hombres que presentan elevación en la escala 5 sin escolaridad universitaria.

Los sujetos con puntuaciones elevadas en la escala 0 son tímidos, inhibidos, inseguros y se sienten incómodos en la mayor parte de las situaciones sociales, especialmente cuando se encuentran con personas extrañas. Carecen de confianza en sí mismos y dan la apariencia de ser modestos, conformistas, sumisos y complacientes. Tienen dificultad para ser asertivos.

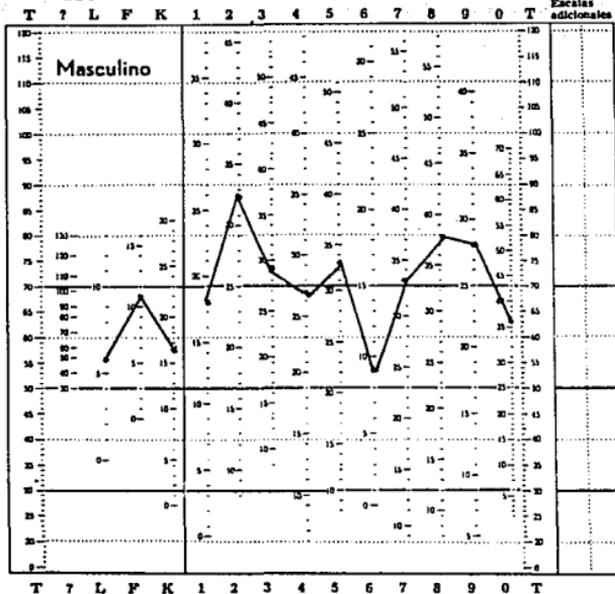
AGREGAR FACTOR K

(.5) _____

PUNTUACION CORREGIDA
EDF

26 años

Escalas adicionales



Fraciones K

K	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
25	15	12	6		
20	14	11	6		
15	14	11	5		
10	13	10	5		
5	13	10	5		
0	12	9	5		
30	11	9	4		
25	11	8	4		
20	10	8	4		
15	10	8	4		
10	9	7	4		
5	9	7	3		
0	8	6	3		
30	8	6	3		
25	7	6	3		
20	7	5	3		
15	6	5	2		
10	6	4	2		
5	5	4	2		
0	4	3	2		
30	4	3	2		
25	3	2	1		
20	3	2	1		
15	2	1	1		
10	1	1	0		
5	0	0	0		
0	0	0	0		

NOTAS:

56 68 57

67 87 73 69 76 53

71 80 78 63

Fecha: _____

CASO VII

NOMBRE: E.A.P.

EDAD: 34 años.

SEXO: Femenino.

MOTIVO DE CONSULTA:

Tiene dificultades con el esposo, tuvo un aborto en su único embarazo y se presenta muy deprimida. Es enormemente agresiva, al grado de pelearse a golpes con sus vecinos y su esposo. Presenta problemas de alcoholismo y problemas psicosomáticos intensos, colitis, cefaleas, insomnio, diarreas recurrentes, en general es hipocondríaca.

DATOS CLINICOS:

Presenta falta de control de impulsos, es mitómana y tiene problemas tanto con la familia de origen, como con la nuclear. Además presenta ideas de persecución, relaciones interpersonales inadecuadas, es desconfiada y suspicaz. Se observaron rasgos marcados de personalidad sociopática.

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuación T de las escalas de validez y clínicas:

L 66	1 (Hs)	70	6 (Pa)	62
F 76	2 (D)	69	7 (Pt)	55
K 49	3 (Hi)	70	8 (Es)	66
	4 (Dp)	76	9 (Ma)	68
	5 (Mf)	61	0 (Si)	62

VALIDEZ:

Este es un perfil clínicamente elevado de una persona que contestó en forma inusual. La elevación de la escala F, caracteriza la aceptación de problemas psicológicos, importantes, la de la escala L ó de la K caracteriza un intento de presentarse a sí misma en forma favorable. Esto puede verse como molestia aguda, en una personalidad básicamente intacta, o puede ser un intento de una persona defensiva pero perturbada. La validez del perfil es incierta y las interpretaciones deben de considerarse con precaución.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

Esta persona presenta una combinación de 1-4/4-1, las personas que presentan una combinación similar, tienen problemas caracterológicos y problemas somáticos. Se encuentran problemas hipocondríacos, especialmente cefaleas no localizadas. Estas personas en general son inmaduras, egocéntricas y manipuladoras. Son indecisas y ansiosas, con carencia de impulsos o metas bien definidas. Muchos usan alcohol en exceso, pueden tener largas historias de conductas inaceptables y manifiestan inadecuación personal para enfrentarse a las exigencias de la vida normal y a sus responsabilidades. Los que mantienen un control de impulsos adecuados, pueden mostrar una actitud pesimista, amargada, insatisfecha y un estilo de vida exigente y además de ser irritables ante reglas impuestas por otros. Tienen dificultades interpersonales.

Las personas con rangos de puntuaciones similares en la escala 3 generalmente presenta en forma dramática una variedad de molestias somáticas, algunas de las cuales pueden representar reacciones a la tensión y al conflicto.

A veces son descritas como ególicas, moralistas, actitudes fariseicas, emocionalmente inmaduras, exigentes y manipuladoras. Tienen poca introspección acerca de la naturaleza de sus problemas emocionales y físicos, a menudo presentan actitudes de optimismo pueril y son poco dados a reportar cualquier tensión, generalmente son amistosas, extrovertidas, sus relaciones sociales son típicamente superficiales y caracterizadas por exigencias excesivas y necesidad de tensión y afecto.

Generalmente son agradables y conformistas en su estilo personal, a menudo enmascara un núcleo represivo e inhibido. Cuando sus valores importantes son amenazados se vuelven culpígenos hacia los demás.

Muchos niegan sus estados emocionales de enojo. Las defensas típicas incluyen conversión, represión y negación. Las personas que ofrecen esta puntuación en la escala 0 son tímidas, inhibidas, inseguras y no están a gusto en la mayoría de las situaciones sociales. Con frecuencia carecen de confianza en sí mismas y pueden aparecer modestas, conformistas, sumisas y complacientes. Pueden presentar dificultades para ser asertivos.

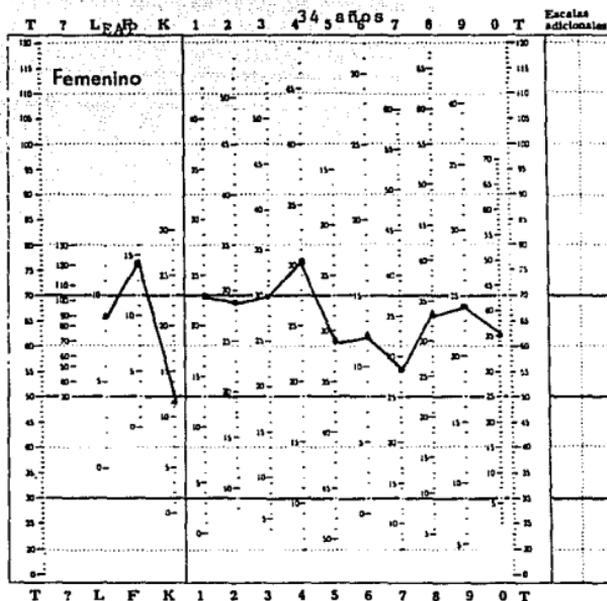
Las mujeres con puntuaciones similar en la escala 5 con frecuencia son descritas como activas, asertivas, confiables, espontáneas extrovertidas, competitivas y desinhibidas, enfatizan sustancia y fondo sobre moda y estilo. Son pragmáticas y tienen maestría sobre habilidades verbales.

El tiempo personal y las actividades prácticas, son más importantes que las artísticas.

Preferen actividades mecánicas y científicas sobre literarias; y acción sobre palabras. Pasan poco tiempo hablando sobre sentimientos propios o ajenos. Disfrutan de deportes como participantes y observadores.

(.4) _____

(1) _____ (1) _____ (.2) _____



PERFIL Y SUMARIO
DEL MMPI
FORMA R

66 76 49 70

69 70

76 61

62 55 66

68 62

Nombre y Firma: _____

CASO VIII

NOMBRE: A.V.
EDAD: 54 años.
SEXO: Masculino.

MOTIVO DE CONSULTA:

Llega a consulta por problemas familiares, lo traen sus hijos que a su vez están en terapia, porque a él le angustia la situación familiar. Parece más preocupado por los problemas del resto de su familia, que por los suyos propios y viene gustoso a la terapia si esto puede ayudar a su familia.

DATOS CLINICOS:

Es una persona con buena presencia y adecuado arreglo personal. Es afable, amable, normal, muy trabajador y nada agresivo, quiere vivir en paz y armonía con su entorno. Su familia para él es muy importante. No se observan rasgos patológicos en importantes, en esta persona.

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuaciones T de validez y escalas clínicas:

L	63	1 (Hs)	67	6 (Pa)	62
F	76	2 (D)	63	7 (Pt)	54
K	48	3 (Hi)	51	8 (Sc)	69
		4 (Pd)	60	9 (Ma)	68
		5 (Mf)	59	0 (Si)	65

VALIDEZ:

Este perfil corresponde a una persona, cooperativa, que entendió las instrucciones y contestó las preguntas en forma adecuada. Por lo tanto el perfil es válido.

Pacientes con puntuaciones semejantes en la escala L, generalmente son conformistas y convencionales, con altos estándares de conducta que tienden a verse a sí mismos y a los demás en forma ingenua y simplista. Abordan situaciones nuevas, con precaución, y se sienten vulnerables a la crítica y a que los juzguen.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

La escala clínica del perfil de esta persona no corresponde a un código (típico de dos puntos, de adultos que reciben evaluación clínica).

Por lo tanto este reporte se basa en puntuaciones de una sola escala de adultos que reciben evaluaciones similares.

Sujetos con puntuaciones similares en la escala 8 a menudo perciben al mundo de forma diferente y original. Los demás los pueden ver como vanguardistas, algo excéntricos, impredecibles, creativos e imaginativos. Tienen a pensar en forma diferente, a veces negativamente, sin embargo, se conservan en contacto con lo que los rodea. Frecuentemente parecen fríos, quisquillosos, insatisfechos, a disgusto consigo mismo y con otros, emocionalmente distantes, o apartados y preocupados o confusos. Algunos parecen impredecibles y tienen dificultades para llenar expectativas propias o ajenas.

Los que tienen puntuaciones semejantes en la escala 9 tienden a ser optimistas, enérgicos y activos, individuos con muchos intereses, considerable entusiasmo, una gran necesidad de logros y que a menudo ocupan el centro de atención en la conversación. Parecen felices, confiados en sí mismos y llenos de planes e ideas para el futuro. Algunos pueden ser impacientes, con poca tolerancia para la rutina diaria y fácilmente irritables por restricciones de tiempo o

actividades.

Individuos con semejantes puntuaciones en la escala 1 presentan una aprensión recurrente sobre su salud física y su bienestar. Son cautelosos acerca de tomar riesgos físicos por miedo a heridas serias. Muchos son preocupados y quejumbrosos episódicos, que pueden ser vistos como inmaduros, auto centrados e insatisfechos y que experimentan cierta pérdida de ambición y de impulso. Otros son individuos que se instalan en enfermedades físicas o en minusvalías y algunos tienden a enfatizar o a sobrereaccionar a estas dificultades.

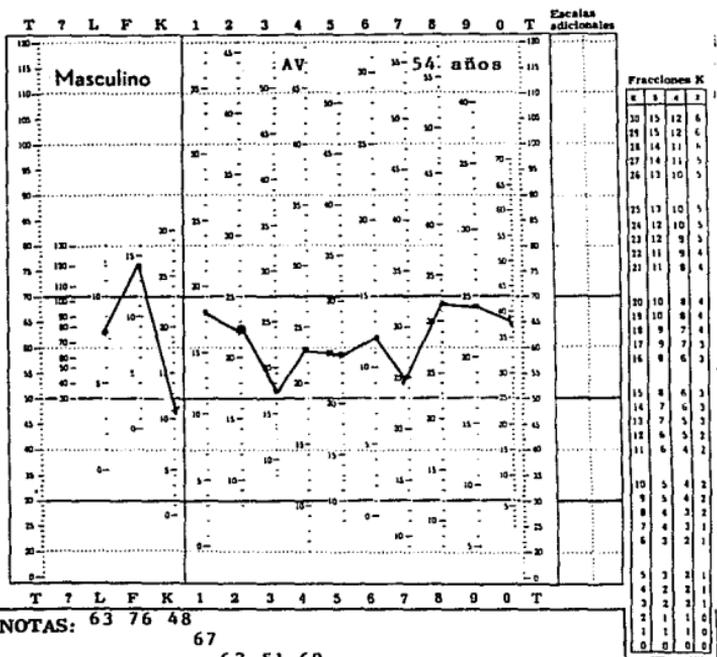
Individuos con puntuaciones semejantes en la escala 0 son vistos como más bien tímidos, inhibidos, inseguros y se sienten incómodos en la mayoría de las situaciones sociales. Particularmente cuando están con extraños. A menudo carecen de auto-confianza y pueden aparecer modestos, conformistas, sumisos y complacientes. Pueden presentar dificultades para ser asertivos.

Además, hombres con puntuaciones semejantes en la escala 5 balancean intereses en deportes, actividad física y asuntos prácticos con arte, música, literatura y ciencia. Disfrutan de actividades bajo techo como al aire libre, tanto de participantes como de observadores. Son a menudo sensibles, inquisitivos, introspectivos, les gusta conversar y son verbalmente expresivos. Hombres con educación universitaria a menudo obtienen puntuaciones similares en la escala 5.

AGREGAR FACTOR K

(5) _____

PUNTUACION CORREGIDA



Fecha: _____

CASO IX

NOMBRE: J.A.
EDAD: 41 años.
SEXO: Masculino.

MOTIVO DE CONSULTA:

Su mamá lo trae a consulta "porque ya no quiere que lo hospitalicen tan seguido". Cuando llega a consulta, está bajo tratamiento de antidepresivos y antipsicóticos.

DATOS CLINICOS:

Ha sido hospitalizado en 3 ocasiones, por intentos suicidas. Es depresivo, exaltado, tiene delirios de grandeza e ideas delirantes de tipo religioso. Presenta rasgos paranoides, pero está en perfecto contacto con la realidad. Logró terminar su carrera en diseño técnico, pero nunca ha trabajado. Está soltero y nunca ha tenido relaciones sexuales, presenta problemas de impotencia ya que no tiene erección, aunque la muchacha le guste. Tienen muchas dificultades para establecer relaciones interpersonales íntimas, sobre todo con miembros del sexo opuesto. Actualmente vive con su mamá y 2 de sus hermanas de las que depende económicamente, esto provoca continuos conflictos familiares ya que por su inestabilidad emocional no puede conseguir trabajo.

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuaciones T de validez y escalas clínicas.

L	56	1 (Hs)	44	6 (Pa)	70
F	60	2 (D)	41	7 (Pt)	50
K	49	3 (Hi)	58	8 (Es)	61
		4 (Pd)	55	9 (Ma)	53
		5 (Mf)	67	0 (Si)	62

VALIDEZ:

Este es un perfil elevado de un paciente que fue cooperativo, entendió las instrucciones y contestó las preguntas en forma adecuada. El perfil es por lo tanto válido.

Pacientes con puntuaciones similares en la escala L son normalmente conformistas y convencionales con altos estándares de conducta, quienes tienden a verse a sí mismos y a otros en forma simplista e ingenua. Enfrentan situaciones nuevas con precaución y se sienten vulnerables a la crítica y al enjuiciamiento.

Además, con puntuaciones similares en la escala F son normalmente melancólicos, inquietos, insatisfechos y experimentan episodios de incertidumbre psicológica.

Presentan algunos pensamientos, sensaciones y experiencias inusuales o presentan preocupación por su salud.

Pacientes con puntuaciones K similares normalmente son personas cándidas, adaptables y con un sistema de ego-defensa resistente, pero con un auto concepto incierto y son solamente efectivos parcialmente en sus mecanismos de adaptación.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

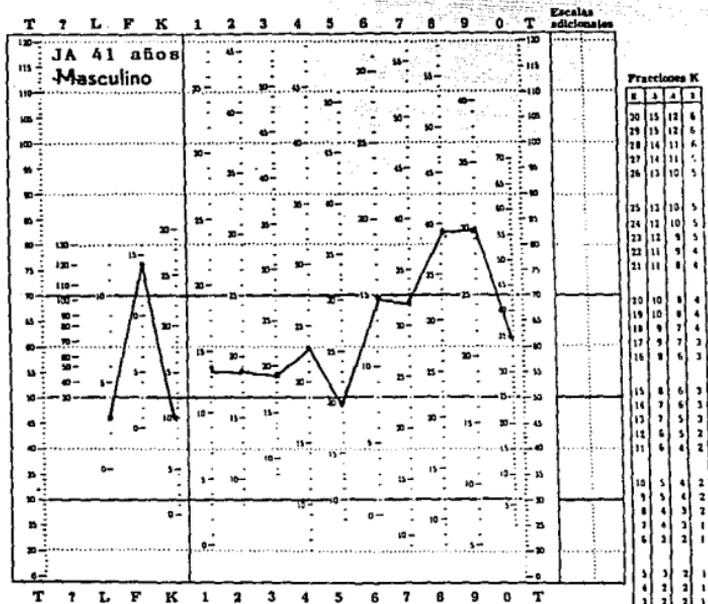
La escala clínica del perfil de este paciente no corresponde al código típico de dos puntos de la mayoría de los adultos que reciben evaluaciones clínicas. Por lo tanto este reporte se basa en una sola escala de valores de adultos que reciben una evaluación similar.

Los que presentan puntuaciones similares en la escala 6 son susceptibles de aparecer suspicaces, discutidores, hostiles e hipersensibles a las reacciones y opiniones de otros. Pueden tomar la crítica demasiado seriamente y sus sentimientos son fácilmente heridos. También son frecuentemente descritos como rígidos, tercos, celosos sin motivos y moralistas. Típicamente, creen que han recibido un maltrato de la vida y expresan resentimiento hacia

AGREGAR FACTOR K

(.3) _____

PUNTUACION CORREGIDA



NOTAS: 46 76 46

56 55

54 60

49 70 69

83 83 62

Fecha: _____

otros incluyendo a aquellos muy cercanos. Sus percepciones pueden ser influidas por preocupaciones exageradas, en relación a amenazas personales, peligros ocultos y significados idiosincrásicos. La proyección es una defensa común. Además, hombres con puntuaciones similares en la escala 5, balancean sus intereses en deporte, actividad física y asuntos prácticos, con arte, literatura, música y ciencia. Disfrutan actividades tanto bajo techo como exteriores, las dos tanto como participantes como observadores. Son frecuentemente sensibles, inquisitivos, introspectivos, conversacionales y expresivos verbalmente. Los hombres con educación universitaria frecuentemente obtienen una puntuación similar en la escala 5.

Pacientes con puntuaciones similares en la escala 0, aparentan timidez, inhibición, inseguridad y se sienten incómodos en la mayoría de las situaciones sociales. Esto es particularmente cuando están con extraños. Muchas veces les falta la autoconfianza y podrían aparecer como modestos, conformistas, sumisos y complacientes. Pueden presentar dificultad para ser asertivos.

Individuos con una puntuación similar en la escala 8 perciben el mundo en forma diferente y original. Otros los ven como vanguardistas, algo excéntricos, impredecibles, creativos e imaginativos. Tienden a pensar en forma diferente, algunas veces negativamente y sin embargo permanecen en contacto con lo que les rodea. Frecuentemente parecen fríos, irritables e insatisfechos consigo mismos y con otros, emocionalmente distantes o apartados y ya sea preocupados o confusos, algunos aparecen impredecibles y presentan dificultad para llenar expectativas propias o ajenas.

CASO X

NOMBRE: F.C.
EDAD: 33 años.
SEXO: Masculino.

MOTIVO DE CONSULTA:

Presenta un severo problema de desesperación, soledad, depresión e inmadurez. No puede relacionarse con la gente porque les tiene miedo, no existe empatía hacia los demás, no le impactan los sentimientos de los demás. Tiene dificultad para experimentar placer y no disfruta de ninguna actividad.

DATOS CLINICOS:

Cursó estudios de preparatoria, vocacional y posteriormente se graduó de Ingeniero Químico, pero se siente incapaz de cumplir con trabajos que ha desempeñado. Dentro del cuadro de aislamiento y soledad que presenta, se encuentra un conflicto homoerótico severo. En la etapa de la adolescencia tardía se da cuenta de que el sexo opuesto no le atrae, pero sí los de su propio sexo; no obstante debido a problemas de una educación ética muy estricta, no se atreve a buscar "compañeros" y vive en una soledad intensa. En ocasiones se encierra en su cuarto durante 4 días y llora desesperadamente. Además indica que le es difícil involucrarse en una relación homosexual, por miedo a no saber con que tipo de persona va a relacionarse, ya que según sabe estas relaciones son superficiales y además existe el problema del SIDA.

Aunque es extrovertido y a veces alegre, siente una intensa furia por lo que le pasa y se encuentra en el círculo vicioso de encerrarse en sí mismo. No se encuentran datos para considerar conducta autista, más bien pareciera un cuadro esquizoipático, o esquizoide. No obstante, presenta también rasgos de personalidad borderline. EL cuadro esquizoide se caracteriza por aislamiento social, al grado de llegar a un comportamiento excéntrico. Son sensibles al dolor, piensan que son diferentes a los demás, tratan de resolver sus problemas por medio de introspección, análisis de sí mismos y una observación intensa de la conducta de las otras personas. No pueden vivenciar relaciones íntimas, presentan dificultades en sus relaciones interpersonales y por esa razón se alejan de los demás. El pensamiento solitario les produce fantasías frecuentes y abundantes, en las que rechazan a los demás con enojo. La vida emotiva es restringida. Antes de concluir deseo señalar que se puede ser autista, sin entrar en el cuadro esquizofrénico, esquizoide o esquizoipático. La tendencia al autismo se puede observar en diversas conductas de trabajo continuo, por ejemplo el futbolista con su pelota intentando dominarla por 4 ó 5 horas, el nadador que practica 6 horas al día, etc.

RESULTADOS DEL MMP1:

Puntuaciones T de validez y escalas clínicas.

L	40	1 (Hs)	75	6 (Pa)	70
F	82	2 (D)	75	7 (Pt)	81
K	49	3 (Hi)	71	8 (Es)	111
		4 (Pd)	79	9 (Ma)	65
		5 (Mf)	71	0 (Si)	68

VALIDEZ:

Este es un perfil extremadamente elevado de un paciente que contestó que respondió a un elevado número de ítems de la escala F en dirección y la validez de este perfil puede ser cuestionada, (especialmente para un paciente externo). Esto se puede dar cuando una persona está confusa, perturbada, fingiendo enfermedades o, que por alguna otra razón, muestra algunas conductas muy desviadas e inusuales. En algunas ocasiones es indicado repetir la prueba.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

Los resultados de las escalas clínicas de este paciente corresponden a la combinación de dos puntos 7-8/8-7. Este patrón se da en el 5.7% de los individuos que reciben evaluaciones clínicas.

Sujetos con este patrón con frecuencia están extremadamente perturbados y muestran elevados niveles de tensión y ansiedad. Generalmente se muestran deprimidos, preocupados, confusos, obsesivos y ocasionalmente al borde del pánico. Tienen un juicio pobre así como sentimientos crónicos de inseguridad, inadecuación, e inferioridad son comunes. Estos sujetos tienden a ser tímidos, temerosos e ineptos socialmente; por lo tanto, frecuentemente permanecen aislados y no se involucran, presentando escasas experiencias sociales gratificantes. En las relaciones que llegan a establecer, tienden a ser pasivos, dependientes, ambivalentes e indecisos. Sus sentimientos generales de culpa, ansiedad e inadecuación se intensifican cuando se relacionan con el sexo opuesto.

Son individuos conscientes y responsables, quienes parecen experimentar grandes tormentos en su vida. Carecen de defensas adecuadas con que protegerse y admiten tener muchos problemas. A menudo exhiben una vida rica en fantasías. Muchos consumen alcohol en exceso en un intento por relajarse. Cuando la escala 2 es elevada, el insomnio es común así como las ideaciones suicidas.

Cuando la escala 4 también está elevada, hay que explorar amenazas e intentos suicidas. Cuando estos ocurren, a menudo son bizarros y generalmente poco exitosos. Sujetos con escalas elevadas en la 2, 4, 7 y 8, frecuentemente abusan de drogas.

Adultos con puntuaciones de este rango en la escala 4 son generalmente descritos como rebeldes, inmaduros, auto centrados, extrovertidos e impulsivos. Son activos, enérgicos, verbales, independientes, tomadores de riesgos y aventureros. Pueden poseer escaso respeto hacia valores y normas sociales. Frecuentemente presentan baja tolerancia a la frustración, pueden ser agresivos y se les dificulta aprender de sus experiencias. Interpersonalmente, suelen ser extrovertidos, pero sus relaciones pueden ser poco profundas y superficiales. En ocasiones tienen impedimentos de juicio y planeación. En estos sujetos son comunes los problemas maritales y de trabajo.

Sin embargo, entre sujetos más inteligentes o con mayor escolaridad, puntuaciones en este rango para la escala 4 se asocian menos frecuentemente con los aspectos más patológicos de esta escala.

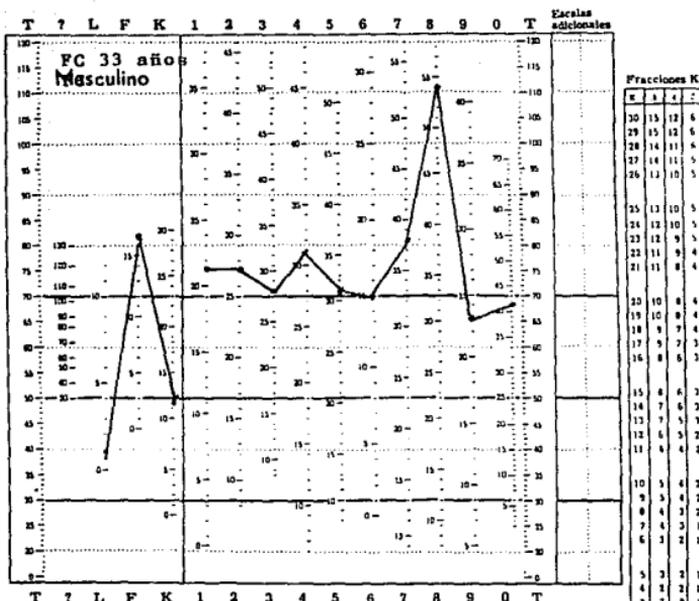
Hombres con puntuaciones semejantes en la escala 5 son descritos como sensibles, creativos, imaginativos, introspectivos, idealistas, pacíficos y tolerantes. Tienden a ser sofisticados culturalmente, teniendo una variedad de intereses artísticos y estéticos. Su juicio y auto control son normalmente buenos. Son verbales, auto expresivos y contemplativos, prefiriendo pensar o hablar a actuar. Se puede observar una orientación pasivo/sumisa hacia las dificultades de la vida, particularmente en hombres sin escolaridad, con puntuaciones elevadas en la escala 5.

Sujetos con puntuaciones en este rango en la escala 0 son vistos como tímidos, inhibidos, inseguros y que no se encuentran a gusto en la mayoría de las situaciones sociales. Particularmente cuando están entre extraños, a menudo presentan escasa auto confianza y pueden aparecer modestos, conformistas, sumisos y complacientes. Tienen dificultad para ser asertivos.

AGREGAR FACTOR K

(.5) _____

PUNTUACION CORREGIDA



NOTAS: 40 82 49

75 75 71

79 71 70

81

111

65 68

Fecha: _____

CASO XI

NOMBRE: F.R.
EDAD: 39 años.
SEXO: Masculino.

MOTIVO DE CONSULTA:

Manifestaciones de ansiedad y depresión, debido a problemas de posible divorcio iniciado por su esposa. Se muestra molesto y preocupado ansioso, triste, tiene dos niños pero el menor de 4 años tiene problemas de lento aprendizaje. Informa que no entiende porque su esposa le solicita el divorcio ya que el siempre fue un buen proveedor, un marido responsable y está muy enamorado de ella.

DATOS CLINICOS:

Tiene éxito en su negocio y viaja con frecuencia a Estados Unidos, porque su esposa es norteamericana y aprovechan sus frecuentes viajes para "traer de todo", él lo hace por complacerla. Repite varias veces que no entiende la causa del abandono.

Es superficial en sus relaciones interpersonales, desconfiado y con poca capacidad de introspección. Se considera a sí mismo como fastidioso, egoísta, impulsivo, cauteloso previsor, preocupado por lo que le sucede con su matrimonio. En la sesión inicial y por teléfono constantemente preguntaba que hacer para que no lo abandonara su esposa?

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuaciones T de las escalas de validez y clínicas:

L 56	1 (Hs) 54	6 (Pa) 59
F 78	2 (D) 68	7 (Pt) 71
K 55	3 (Hi) 58	8 (Es) 65
	4 (Dp) 67	9 (Ma) 65
	5 (Mf) 63	0 (Si) 65

VALIDEZ:

Es un perfil elevado de una persona que cooperó, comprendió los instructivos y contestó de manera adecuada. El perfil es válido.

Las personas con una L a ese nivel en general son conformistas y convencionales con altos niveles de conducta moral que tienden a verse a sí mismos y a los demás en forma ingenua y simplista. Se enfrentan a nuevas situaciones con cautela se sienten vulnerables de ser criticados y enjuiciados.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

Las personas con puntuaciones a ese nivel en la escala 7 se asocian a individuos ansiosos, tensos, reiterativos, y dudan de sí mismos. Su ansiedad y aprensión pueden interferir con su conducta cotidiana, tienden a sentirse culpables e indecisos, son responsables, moralistas perfeccionistas, rígidos e insatisfechos consigo mismos, tiende a establecer en forma irreal altas normas para sí mismos y para los demás y se vuelven dudosos de sí mismos, auto críticos cuando no cumplen con sus expectativas. Debe de explorarse la posibilidad de rasgos fóbicos y obsesivo compulsivos.

Individuos con puntuaciones similares en la escala 2, experimentan menos satisfacción que desearían y con frecuencia viven con una "situación desfavorable" en lugar de enfrentarse a ella o confrontarla. No saben que quieren, son serios, cuidadosos, cautelosos, poco asertivos, algo pesimistas, pueden aparecer preocupados y deprimidos. Carecen de confianza en sí mismos y pueden tener períodos de baja energía, insomnio, falta de apetito y dificultad para tomar decisiones, pueden tener períodos en los que viven en el pasado, o que sin indiferentes hacia el presente y parecen, se

muestran muy preocupados en relación al futuro.

Las personas con puntuación semejante en la escala 4 tienden a ser inquietos, independientes, se aburren con facilidad y ocasionalmente son poco conformistas. Buscan variedad, cambio y estímulos, en general son capaces de ser apropiadamente asertivos y de identificar y expresar su enojo en forma modulada y apropiada, seguido son verbales, caen bien y son competitivos. Pueden ser personas libres de molestias internas, aunque algunos pueden tener dificultades en sus relaciones interpersonales.

Las personas que ofrecen puntuaciones similares en la escala 4 son capaces de ser asertivos y de identificar y expresar sus enojos, cuando no están de acuerdo.

Individuos con puntuaciones similares en la escala 0. Son vistos como algo tímidos, inhibidos, inseguros, se sienten incómodos en situaciones sociales, especialmente con personas extrañas. Carecen de confianza en sí mismos y dan la impresión de ser modestos, conformistas, sumisos y complacientes. Pueden tener dificultades en sentirse seguros de sí mismos.

Además con puntuaciones similares en la escala 5, combinan intereses en deportes actividad física y aspectos prácticos, con arte, música, literatura y ciencia.

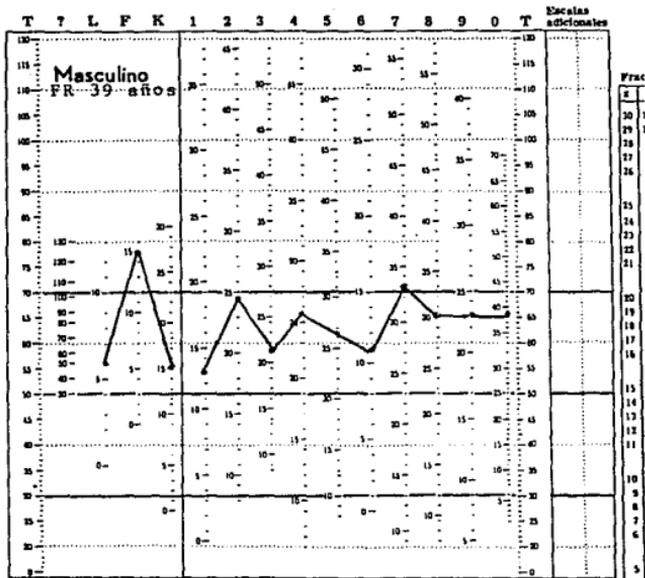
Con frecuencia disfrutan de actividades tanto bajo techo como exteriores, de participantes y de observadores. Con frecuencia son sensibles, inquisitivos, introspectivos, platicadores, y expresivos verbalmente.

Estudiantes universitarios con frecuencia obtienen puntuaciones similares en la escala 5.

AGREGAR FACTOR K

(.5) _____

PUNTUACION CORREGIDA _____



NOTAS: 56 78 55

54 68 58 67 63

59 71 65 65

65

Fecha: _____

CASO XII

NOMBRE: E.A.
EDAD: 30 años.
SEXO: Femenino.

MOTIVO DE CONSULTA:

Se queja de tener poca capacidad para relacionarse con el sexo opuesto y de no poder mantener un trabajo permanente. Estudió secretariado ejecutivo, es muy eficiente en su trabajo, pero cambia constantemente de trabajos debido a problemas tanto con jefes, como con compañeros. Aunque es muy jovial, dice tener un carácter fuerte. Es muy agresiva, al grado de que llega a pelearse a golpes con sus hermanos y dice que los gana. También tiene problemas de obesidad.

DATOS CLINICOS:

Es depresiva, ansiosa, toma alcohol en forma competitiva con los hombres pero no en exceso, es tensa, irritable, muy distraída, teme establecer relaciones interpersonales emocionales, no le gusta compartir con los demás, es exigente y resentido cuando sus exigencias son rechazadas.

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuaciones T de las escalas de validez y clínicas.

L 46	1 (Hs) 56	6 (pa) 70
F 76	2 (D) 55	7 (Pt) 69
K 46	3 (Hi) 54	8 (Es) 83
	4 (Dp) 60	9 (Ma) 83
	5 (Mf) 49	0 (Si) 62

VALIDEZ:

Este es un perfil clínicamente elevado de una persona cooperadora que comprendió las instrucciones y que respondió en forma adecuada.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

Es una persona que contestó a las escalas clínicas con una combinación 8-9/9-8. Estas personas son tensas hostiles e irritables, son emocionalmente lábiles, inquietas, hiperactivas, indecisas, emocionalmente inapropiadas. También pueden ser desconfiadas, ambivalentes, habladoras y poco precisas. Son muy fantasiosas. Se mantienen socialmente aisladas y tienen relaciones sociales empobrecidas especialmente con el sexo opuesto. Tienen conflictos y problemas sexuales a menudo. Con frecuencia muestran gran necesidad de logros en tanto que su capacidad de actuación es baja. Esto resulta en una frustración y menos precio crónico con la consecuente baja auto estima. Pueden evitar situaciones competitivas, en las que se tengan que probar sus capacidades reales.

Las personas con puntuaciones similares en la escala 6, son desconfiadas, discutidoras, hostiles, e hipersensibles a las reacciones y opiniones de otros. Pueden tomar la crítica demasiado en serio y sus sentimientos son fácilmente heridos. También son rígidos, testarudos, injustificadamente celosos y moralistas.

Con frecuencia creen que reciben un trato injusto de la vida y expresan su resentimiento hacia los demás incluyendo personas cercanas. Sus percepciones pueden verse influenciadas por preocupaciones exageradas a amenazas personales, peligros ocultos y significados idiosincrásicos.

El mecanismo de defensa comúnmente utilizado es la proyección.

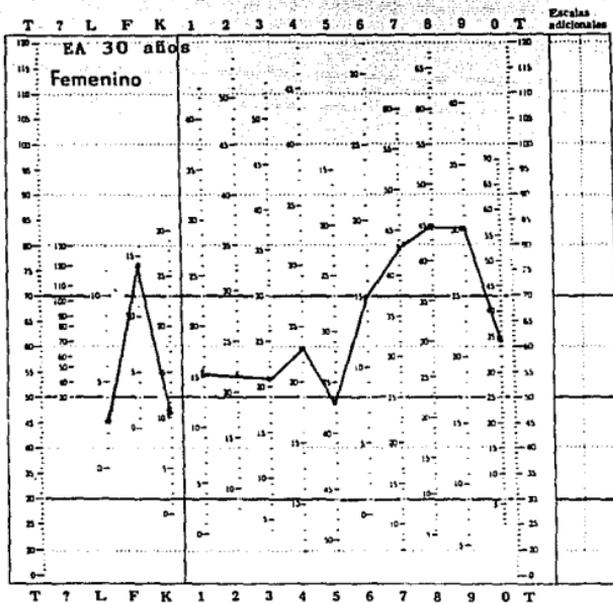
Las personas con puntuaciones similares en la escala 0, son vistas como tímidas, inhibidas, inseguras e incómodas en la mayor parte de situaciones sociales, sobre todo cuando se encuentran con personas extrañas.

Carecen de confianza en sí mismas y pueden dar la impresión de ser modestas sumisas y complacientes, pueden tener dificultad para ser asertivas.

Las personas con puntuaciones similares en la escala 5, son prácticas sobre la mayoría de las cosas, incluyendo apariencia personal. Disfrutan de ser atractivas y modernas, combinan su tiempo con numerosas actividades e intereses y son capaces de aceptar valores masculinos como complementarios a los propios. Son asertivas, prácticas, y no se intimidan con facilidad. Cuando se enojan expresan sus sentimientos en forma directa y en forma verbal.

(.4) _____

(1) _____ (1) _____ (.2) _____



PERFIL Y SUMARIO
DEL MMPI
FORMA R

46 76 46
56 55
54 60 49
70 79
83 83 62

Nombre y Firma: _____

CASO XIII

NOMBRE: A.C.
EDAD: 32 años.
SEXO: Masculino.

MOTIVO DE CONSULTA:

Quiere dejar de ser homosexual, pues teme que sus familiares se den cuenta. Con su familia (padres y hermanos), pretende que es muy macho. Necesita ayuda para mantener su propósito de no reincidir en conductas homosexuales ya que ésto le causa grandes sentimientos de culpa.

DATOS CLINICOS:

Es el hijo mayor de 7 hermanos, sus padres son de origen humilde, pero a fuerza de trabajo han ido ascendiendo y ahora tienen un buen negocio, del que está encargado, ya que aunque ha estudiado medicina, el negocio de sus padres le deja más dinero. Es soltero, vive con sus padres, declara que de niño recibió poca atención de ellos, puesto que siempre estaban trabajando y lo descuidaron a él y a sus hermanos, otro de sus hermanos también es homosexual, pero manifiesto. Como profesional médico, se cuida en sus relaciones homosexuales para evitar contagios. Él es homosexual activo, esta conducta le ocasiona sentimientos de culpa y le hace sentirse muy vulnerable a las críticas de los demás y en ocasiones siente gran enojo y hostilidad hacia los demás.

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuaciones T de validez y escalas clínicas.

L 50	1 (Hs)	52	6 (Pa)	65
F 53	2 (D)	60	7 (Pt)	56
K 57	3 (Hi)	60	8 (Es)	59
	4 (Pd)	48	9 (Ma)	43
	5 (Mf)	80	0 (Si)	56

VALIDEZ:

Este es un perfil elevado de una persona que fue cooperadora, comprendió los instructivos de la prueba y contestó en forma adecuada. Por lo tanto el perfil es válido.

Las personas con puntuaciones similares en la escala K, en general tienen recursos psicológicos adecuados, elevada fuerza del ego, buen concepto de sí mismos y sistema de defensas efectivo. Cuando el estatus socioeconómico y la escolaridad son bajos existe mayor posibilidad de que la validez de este perfil se asocie con un intento alterado con la intención de ofrecer una impresión de sí mismo favorable.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

El perfil clínico de este paciente no corresponde al código de dos puntos típico de la mayoría de los adultos que reciben evaluaciones clínicas. Por lo tanto, este reporte se basa en una sola escala de puntuaciones de adultos que reciben evaluaciones similares.

Los hombres con puntuación similar en la escala 5, son sensibles, creativos, imaginativos, introspectivos, idealistas, pacíficos y tolerantes. Pueden ser culturalmente sofisticados, tienen una variedad de intereses estéticos y artísticos. Tanto la capacidad de juicio como el control de sí mismos es adecuado. Son verbales, expresivos y contemplativos,

prefieren pensar o hablar en lugar de actuar. Los hombres sin escolaridad universitaria con puntuación elevada en esta escala, se caracterizan por una orientación pasivo-sumisa ante las dificultades de la vida. Además, estos hombres con orientación de sentimientos son conscientes de la moda e inclinados a la vida romántica.

Prefieren actividades no competitivas y lo mismo les da ganar que perder. En general, deploran la violencia, las armas y todas formas de agresión física. No obstante, son muy capaces de ser rencorosos y crueles. Debe de explorarse la insatisfacción sexual y una historia de intensas interacciones madre-hijo.

Las personas con puntuaciones dentro de este rango en la escala 6 muestran celos injustificados, un temperamento mal regulado, hipersensibilidad a la palabra y acciones de los demás incapacidad para perdonar los más mínimos desacuerdos. Esto puede conducir a luchas de poder dentro de la familia.

Las personas con puntuación similar en la escala 2, se encuentran muy insatisfechas y con frecuencia viven con "la mala situación", en lugar de confrontarla. Son personas cuidadosas, serias, prudentes, poco asertivas y algo pesimistas. Dan la impresión de estar preocupados, deprimidos, con frecuencia carecen de confianza en si mismos y tienen etapas de poca energía, insomnio, anorexia y dificultades para tomar decisiones. Pueden presentar períodos en los que viven en el pasado y son indiferentes ante el presente.

Las puntuaciones similares en la escala 0, en general demuestran un grado promedio de satisfacción y habilidad en situaciones sociales, aunque pueden dar la impresión de ser reservados, molestos y discretos.

MM

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starks R. Hathaway y J. Charnley McKinley

A.C. 52 AÑOS

PERFIL Y SUMARIO

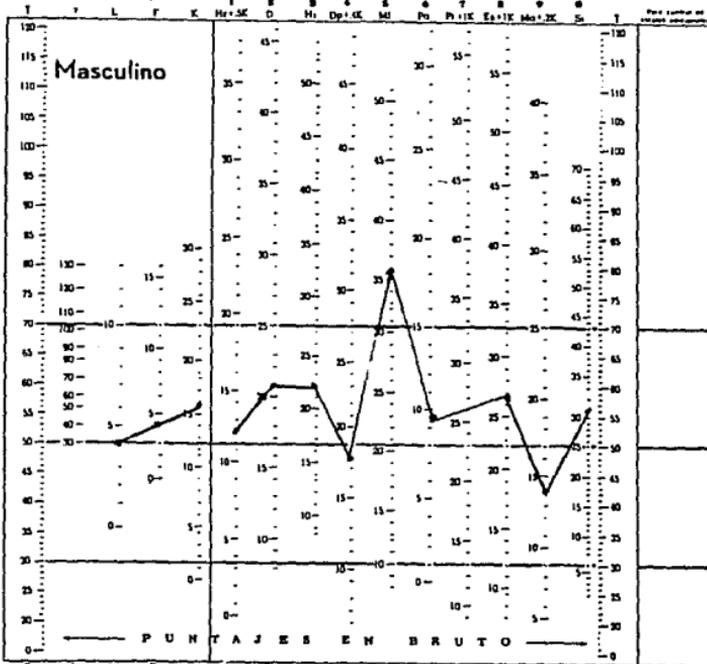
Nombre _____

Dirección _____

Ocupación _____

Años escolares _____

Estado Civil _____



Puntaje en bruto 50 53 57 52 60 60 80 65 56 58 43 56

Agregar factor K _____

Puntaje corregido 48

Fracciones K			
K	A	S	T
30	15	12	8
25	15	12	6
20	14	11	6
15	14	11	5
10	13	10	5
5	13	10	3
0	12	9	5
	12	11	9
	11	11	8
	10	10	8
	10	10	8
	10	9	7
	9	9	7
	9	8	6
	8	8	6
	8	7	6
	7	7	5
	7	6	5
	6	6	4
	6	5	4
	5	5	4
	5	4	3
	4	4	3
	4	3	2
	3	3	2
	3	2	2
	2	2	1
	2	1	1

CASO XIV

NOMBRE: E.M.
EDAD: 38 años.
SEXO: Femenino.

MOTIVO DE CONSULTA:

Se siente muy deprimida y siente que sus numerosos problemas personales y familiares la rebasan y se siente incapaz de seguir adelante sin ayuda.

DATOS CLINICOS:

Proviene de una familia muy humilde con padre ausente y madre golpeador, a pesar de esto logra estudiar medicina y solamente le falta terminar su tesis, no ha podido hacerlo, debido a constantes problemas económicos. Su primer marido la explota y la maltrata, finalmente se divorcia y con su segundo esposo tiene problemas de alcoholismo y falta de interés, además de problemas económicos, tienen dos hijas y la segunda nace con un problema físico (no tiene orejas).

Es pasivo agresiva, se muestra tensa y preocupada la mayor parte del tiempo, quiere cumplir en todo como madre, como esposa y como profesional, se presiona constantemente a sí misma para lograrlo.

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuaciones T de validez y clínicas.

L 50	1 (Hs)	72	6 (Pa)	56
F 68	2 (D)	96	7 (Pt)	84
K 51	3 (Hi)	73	8 (Es)	75
	4 (Pi)	83	9 (Ma)	40
	5 (Mf)	55	0 (Si)	80

VALIDEZ:

Este es un perfil clínicamente elevado de un paciente que fue cooperativo, entendió las instrucciones y contestó en forma adecuada. Este perfil es por lo tanto válido.

Pacientes con puntuaciones similares en la escala F, normalmente se encuentran confusos, insatisfechos y experimentan considerable tensión psicológica. Algunos tienen puntos de vista sociales, políticos o religiosos poco convencionales, mientras que otros son muy ansiosos y perturbados.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

La escala clínica de esta paciente corresponde a un código típico de la combinación de dos puntos, 2-7/7-2. Este es el patrón más común en adultos y corresponde al 7.5% de individuos que reciben evaluaciones clínicas.

Este perfil sugiere un patrón "neurótico" clásico, caracterizado por ansiedad crónica, tensión, estrés, depresión y rasgos obsesivo-compulsivos. Estos sujetos tienen logros, tanto en trabajo, sexo, responsabilidades familiares o cualquier otra área de su vida. Tienen fuertes necesidades de logro y reconocimiento, las cuales se ven constantemente frustradas y los llevan a sentimientos de inadecuación e inferioridad.

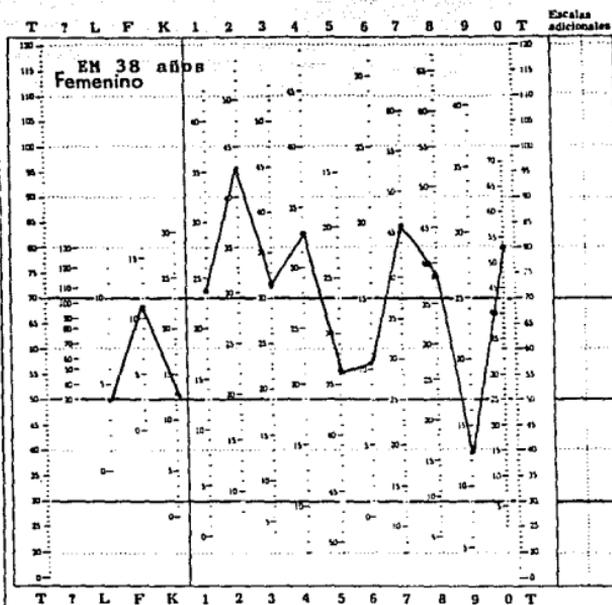
Son preocupados y normalmente sobre reaccionan ante las menores fuentes de estrés, irritación y frustración. Su deseo de aceptar responsabilidad en sus vidas sólo logra incrementar su oportunidad de sentirse ansiosos y culpables. Son intra punitivos y a menudo reportan sentirse impotentes y pesimistas. A menudo presentan quejas de tipo somático (vagas) incluyendo fatiga e insomnio. Con frecuencia está presente una tendencia hacia relaciones pasivo-dependientes (especialmente bajo estrés).

Adultos con puntuación similar en la escala 4 generalmente son descritos como rebeldes, inmaduros, auto centrados.

extrovertidos e impulsivos. Además son activos, enérgicos, verbales, independientes, tomadores de riesgo y aventureros. Pueden tener poco aprecio hacia valores y normas sociales. Frecuentemente tienen baja tolerancia a la frustración, pueden ser agresivos y les cuesta trabajo aprender de sus experiencias. Interpersonalmente dan la impresión de ser abiertos, pero sus relaciones pueden ser poco profundas y superficiales. La capacidad de juicio y planeación en ocasiones se encuentra impedida. Son comunes entre ellos las historias de fracaso marital y laboral. Además, suelen darse rasgos clásicos psicópatas, incluyendo una historia de: dificultad con la autoridad, acting out, actividad criminal, abuso de drogas y alcohol, inhabilidad para relacionarse íntimamente con otros, insensibilidad hacia las necesidades y sentimientos de otros, existe manipulación, hostilidad y resentimiento. Muestran poco o ningún arrepentimiento genuino por sus acciones. Las defensas más comunes son la racionalización y la proyección. Individuos con esta puntuación en la escala 0, generalmente son descritos como tímidos, aislados, fríos y socialmente introvertidos, particularmente con el sexo opuesto. Se sienten a disgusto en muchas situaciones sociales y carecen de habilidades. A menudo carecen de auto confianza y son dados a preocuparse y a quejarse. Otros los podrían describir como serios, convencionales y difíciles de conocer. Tienen a ser desconfiados y sobre sensitivos, lo que resulta frecuentemente en que les hieran sus sentimientos. Ocasionalmente, el grado de incomodidad social experimentado por estos individuos sugiere la presencia de rasgos de personalidad esquizoídes o evasivos. Mujeres con puntuaciones similares en la escala 5 son prácticas sobre la mayoría de los hechos, incluyendo su arreglo personal. Disfrutan de ser atractivas y modernas, combinan su tiempo con múltiples intereses y actividades y son capaces de aceptar valores masculinos como complemento a los suyos propios. Son asertivas, directas, y no se intimidan fácilmente. Cuando están enojadas tienden a expresar sus sentimientos directamente y en forma verbal.

(.4)_____

(1)_____ (1)_____ (.2)_____



50 68 51

72 96 73

83 55 56

84 75 40

80

Nombre y Firma: _____

CASO XV

NOMBRE: S.L.
EDAD: 38 años
SEXO: Femenino.

MOTIVO DE CONSULTA:

Viene por conflictos graves de pareja, ya que el esposo la menosprecia, la maltrata y finalmente la abandona, quitándole a su hijo. Se siente engañada, sola, humillada, desolada y abandonada y ya que es extranjera, siente que no tiene a quien acudir en este país y como necesita ayuda, llega a la terapia.

DATOS CLINICOS:

Es belga y llega a México con su pareja, a quién conoce cuando está estudiando en Europa. En México la familia de él, que es de mucho dinero y muy tradicional, la ve con malos ojos, llegando a decirle que "todas las extranjeras son unas p...". Finalmente él la embaraza y se casa con ella, pero la controla constantemente, al grado de que no la deja salir a pasear sola con su hijo, cuando el niño tiene 5 años se divorcian y el esposo se lo quita, recurriendo a sus influencias políticas y económicas, ella se siente deprimida, ansiosa, desesperada, cansada frente a la actitud de su pareja y con una gran sensación de impotencia y soledad, en estas circunstancias llega a la terapia. No se encuentran rasgos patológicos y se considera que su depresión obedece a causas reales debido a la problemática que está viviendo.

RESULTADOS DEL MMPI:

Puntuaciones T de validez y escalas clínicas.

L	56	1 (Hs)	44	6 (Pa)	44
F	53	2 (D)	55	7 (Pt)	51
K	57	3 (Hi)	49	8 (Es)	54
		4 (Pu)	62	9 (Ma)	45
		5 (Mf)	53	0 (Si)	51

VALIDEZ:

Este es un perfil de un paciente que ha sido cooperativo, que entendió las instrucciones y que contestó en forma adecuada. El perfil es por lo tanto válido.

Pacientes con escala similar en la L, son normalmente conformistas y convencionales, con altos valores morales que tienden a verse a sí mismos y a otros, en forma ingenua y simplista. Son cautelosos con situaciones nuevas y se sienten vulnerables ante la crítica y el enjuiciamiento.

Pacientes con escala similar en la K son generalmente adaptables, con recursos y auto confiados con un ego generalmente fuerte, un auto concepto positivo y con adecuados mecanismos de adaptación. Cuanto mas bajo es el nivel de escolaridad y socioeconómico, mayor es la probabilidad de que intenten presentarse a sí mismos en una forma favorable.

INTERPRETACION ACTUARIAL DEL PERFIL:

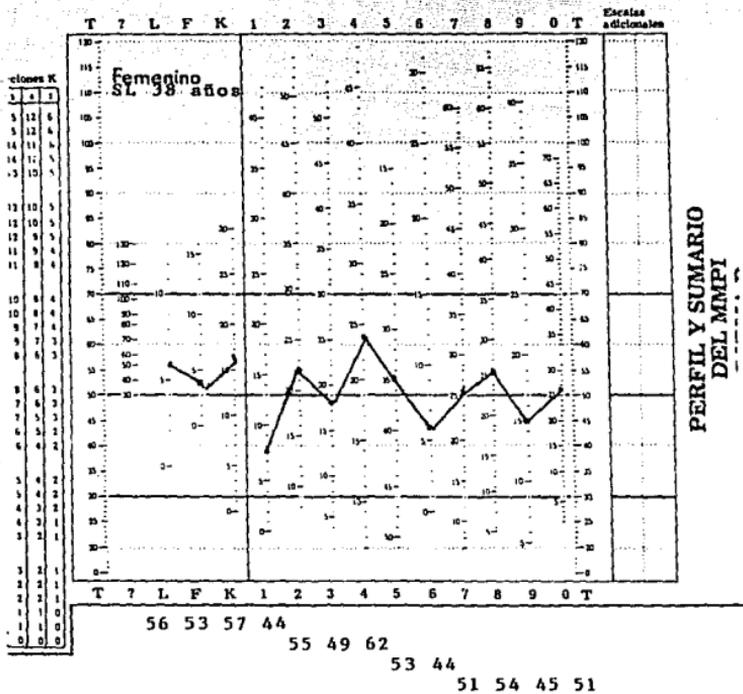
La escala clínica del perfil de este paciente no corresponde a una escala típica de 2 puntuaciones que corresponde a la mayoría de adultos que reciben evaluación clínica, por lo tanto este reporte se basa en las puntuaciones de una sola escala de adultos que reciben similares evaluaciones.

Individuos con puntuaciones similares en la escala 4 son generalmente capaces de ser asertivos. Normalmente son capaces de identificar y expresar desacuerdos y coraje en forma modulada y apropiada.

Mujeres con puntuaciones similares en la escala 5 son prácticas en la mayoría de las cosas, incluyendo su apariencia personal. Disfrutan de sentirse atractivas y modernas, combinan su tiempo con múltiples intereses y actividades y son capaces de aceptar valores masculinos como complementarios a los suyos propios. Son asertivas, directas y no se intimidan fácilmente. Cuando se enojan, son dadas a expresar sus sentimientos en forma directa y verbal. Los que tienen puntuaciones similares en la escala 0 generalmente muestran un grado apropiado de habilidades sociales, aunque algunos puedan aparecer reservados y modestos.

(.4) _____

(1) _____ (1) _____ (.2) _____



Nombre y Firma: _____

**LISTA DE PREDICTORES CLINICOS Y ESTADISTICOS
ENCONTRADOS EN CADA CASO**

No. Caso	Predictores Clínicos	Positivos	Predictores Estadístico	Positivos
I	8	5	18	2
II	5	0	32	3
III	10	0	20	0
IV	11	0	23	0
V	8	4	22	8
VI	15	1	27	4
VII	11	0	22	2
VIII	7	5	18	7
IX	11	0	30	0
X	23	1	40	5
XI	12	4	41	9
XII	16	1	34	2
XIII	5	0	29	13
XIV	8	1	39	9
XV	8	2	13	13

BIBLIOGRAFIA

- Allport, G. Personality Studies. Harvard Press, 1956.
- Bach, G.R. Psicoterapia intensiva de grupo. Buenos aries: Editorial Horme, 1975
- Batalla Mancera, F. Desarrollo de la escala adicional en el Inventario Multifásico de la Personalidad. Tesis, Facultad de Psicología UNAM, México, 1983.
- Bion, W.R. Experiencias en grupos. España: Editorial Paidós, 1980.
- Corsini, R.J. & Contributors. Current Psychotherapies. Itasca Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc.
- Fisch, R., Weakland, J.H. & Segal, L. The tactics of change. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1988.
- Feigl, H. & Scriven, M. The foundations of science & the concepts of Psychology & psychoanalysis. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Fernández Pérez M., Sánchez Huesca R., Rubenstein Malamud, E. Manual operativo para la investigación grupal e individual. México: Diana, 1980.
- Fromm-Reichman, F. Principios de psicoterapia intensiva. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1987.
- González-Núñez, J., Romero, J. & De Tavira y Noriega, F. Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México: 1986.
- Grinberg, L., Sor, D. y Tabak, E. Introducción a las ideas de Bion. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, 1972
- Grinberg, L., Langer, M., Rodriugué. Psicoterapia del grupo: Su enfoque Psicoanalítico. Buenos Aires. Paidós, 1971.
- Grotjahn, M. El arte y la técnica de la terapia grupal analítica. Buenos aries: Editorial Paidós, 1979.
- Hathaway, S.R. Personality Inventories, Handbook of Clinical Psychology. New York: McGraw Hill Book Company, 1965.
- Hayhaway, S.R. y Mckinley, J.C. The Minnesota Multiphasic Personality Manual. New York: The Psychological Corporation, 1951.
- Kaplan Abraham. The conduct of Inquiry, Methodology for Behavioral Science. San Francisco: Chandler, 1964.
- Kerlinger N.F. Investigación del comportamiento, técnicas y metodología. México: Interamericana, 1984.

- Kerlinger N.F. Foundations of Behavioral Research. USA: Holt, Rinehart & Winston, Inc. 1964.
- Kendall, P.C., Norton, J.D. & Ford. Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales. México. Editorial Limusa, 1988.
- Kadis, A.J., Krasner, J.D., Winick, c. & Foulkes, S.H. Manual de psicoterapia de grupo. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1969.
- Mac Guigan, F.J. Psicología experimental: enfoque metodológico. México, Trillas, 1971.
- Marks, Philip A., Lewak Richrd W. y Nelson Gerald E. Therapist Guide to the MMPI & MMPI2. Indiana: Accelerated Development Inc., 1990
- Marks, Philip A. y Seeman William. The Actuarial Description of Abnormal Psychology. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1963.
- Medellín R.A. La sociedad en México. Centro de investigación y acción social. México, 1979.
- Meehl, P.E. Wanted A Good Cook Book. Psychodiagnosis Selected Papers. University Press Minneapolis 1973.
- Meehl, P.E. Clinical Versus Statistical Prediction. Minneapolis: University Minnesota Press, 1954.
- Meehl, P.E. Profile analysis of the MMPI in differential diagnosis. Journal of Applied Psychology, 30, 517524.
- Méndez Ramírez I., Namihiro Guerrero D., Moreno Altamirano L., Sosa de Martínez C. El protocolo de investigación, lineamientos para su elaboración y análisis. México, Trillas, 1984.
- Miller, D.C. Handbook of Research Design and Social Measurement. David McK Company. New York: 1970.
- Morales M.L. Psicometría aplicada. México: Trillas, 1979.
- Nahoum, C. La entrevista psicológica. Argentina. Editorial Kapelusz, 1961.
- Núñez R. Integración del estudio psicológico. México: Manual Moderno, 1985.
- Núñez R. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad a la Psicopatología. México: Manual Moderno, 1979.
- Núñez R. Pruebas psicométricas de la personalidad. México: Ed. Trillas, 1987.
- O'Donnell, P. Teoría y Técnica de la psicoterapia grupal. Buenos Aires: Editorial Ammorrotu, 1974.
- Othon de Mendizabal, Luis Mora J.M., Otero M., Molina E.A., Whetten N.L., Palerm V.A., Stavenhagen R., Casanova G.P. Las clases sociales en México.
- Palacios, A. Técnica de grupo en Psicoanálisis. La Prensa Médica. México: 1975.

Slavson, A.R.A: A textbook in analytic Group Psychotherapy. New York. International Universities Press, 1960.

Small, L. Psicoterapias Breves. México: Editorial Gedisa, 1986.

Stouffer, S.A. Some Observations on Study Design. The American Journal of Sociology, 55. The University of Chicago Press 1950.

Yalom, I.D. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1986.

Zimmerman, A. Estudios sobre Psicoterapia analítica de grupo. Buenos Aires. Horme, 1969.