

191
3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"EVALUACION DE LA FUERZA YOICA EN
PERSONAS MEXICANAS DE LA TERCERA EDAD,
A TRAVES DE LA ESCALA FUERZA DEL YO
DEL MMPI-2"
(ESTUDIO EXPLORATORIO)**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADAS EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

ANA MARIA RAMIREZ ROMERO

MARIA DE LOURDES LOPEZ PEREZ

DIRECTOR DE TESIS: MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA.

COMITE DE TESIS: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO

MTRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

MTRA. MA. ENEDINA VILLEGAS HERNANDEZ

DR. GILBERTO LIMON A.

MEXICO D. F.
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

*A quien nos dió la vida,
y nos ha rodeado de amor,
comprensi3n y apoyo.
Gracias Se3or.*

*Para quien con su experiencia
y gran humanismo, nos ha
apoyado y brindado la oportuni-
dad de crecimiento.
Nuestro cari3o y agradecimiento
por siempre.
Mtra. Fayne Esquivel Ancona.*

*Gracias por ser un ejemplo que
inspira a un af3n de superaci3n,
por su compromiso personal y
ayuda incondicional.*

*Gracias.
Dra. Emilia Lucio, Lic. Enequina Villegas,
Mtra. Amada Ampudia.*

*Con quien siempre se ha podido
recurrir, encontrando la mano
amiga y frases de aliento.
Con mucho cari3o.*

Tinita.

*Muy especialmente a todas las
personas de edad que nos han
hecho aprender, pensar y sentir
sobre la vejez.*

*Para mi más importante guía.
Ejemplo de lucha y amor inagotable.*

Mi orgullo.

A ti mamá.

*Para quien ha sabido hacerme sentir
su amor motivación y pilar de apoyo
incondicional.*

Gracias Marco.

A tí amiga.

*Por darme la vivencia de la
verdadera amistad, por ser
mi leal compañera en todos
los momentos importantes
de mi vida.*

Gracias Lulú

*Por ser mi luz en muchos momentos de
obscuridad, y ayudarme a encontrar la
paz.*

*Siempre lo tendré presente con mucho
cariño, respeto y admiración.*

Dr. Rigoberto Villanueva.

*Por ser mi ángel de la guarda
en muchos momentos.*

con mucho cariño.

A mi prima Lulú Zendejas.

*A ustedes que de forma diferente cada uno
me ha dado bellos momentos y dejado huella
de gratos recuerdos a lo largo de mi vida.*

Los quiero mucho.

*Tía Celia, Tío Vicente, Tío Güero, Tía Chela
Tía Santa y Tío Porfirio.*

A mi Creador:

Por este tiempo, por las experiencias y retos que me hacen ser quien soy.

A mis Padres:

Sra. Lourdes E. Pérez de López

Sr. Elith G. López García

A ellos que desde el inicio de mi vida me han dado amor, libertad, amistad y apoyo.

Dedico este primer gran logro y espero seguir dándoles satisfacciones y amor por mucho más tiempo.

A la memoria de mis abuelos, por todo el amor que ya no pude darles.

A mis sobrinos:

Ana Karen y Angel, por inundar con su ternura mi día a día.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a todos y cada uno de sus docentes que con sus conocimientos y amor colaboraron en mi formación profesional.

A mi gran amiga Ana Ma. Ramírez Romero:

Por ser una gran compañera en el arduo camino del crecer, compartiendo los sueños más grandes y los dolores más profundos.

A mis hermanas: Eivar y Xochitl

Para que comprendan que nuestro destino no está en el pasado, y que todo se logra si luchas con todo tu ser por la realización.

Más que amiga, eres hermana.

*A todos los que con su optimismo e
interés impulsaron la culminación de esta
meta.*

A la Psic. Ana Ma. Romero Avila:

*Por ser una gran amiga y guía en el
camino de la psicología.*

Con cariño y admiración.

A mis Tios:

Sr. Pedro Velazquez Rergis.

Sr. Eduardo López García

Sra. Noemí López de López

Sra. Eila López Vda. de López

Sr. Joel López y López in Memoriam.

Con respeto y Cariño.

*A mi amiga Alma Rosa Labastida
Olmedo:*

Por su cariño y apoyo incondicional.

RESUMEN

" EVALUACIÓN DE LA FUERZA YOICA EN PERSONAS MEXICANAS DE LA TERCERA EDAD , A TRAVÉS DE LA ESCALA FUERZA DEL YO DEL MMPI-2"

Se realizó un estudio exploratorio de campo, teniendo como objetivo el conocer la fuerza yoica en personas mexicanas de la tercera edad, para lo cual fue necesario utilizar la Escala Fuerza del Yo del MMPI-2, versión en español (Lucio-Reyes 1992). Esta escala al no estar adaptada para el uso en esta población, se hizo necesario llevar a cabo una validez clínica, a través de la Entrevista Psiquiátrica Revisada (Goldberg, 1970).

La muestra fue conformada por 260 sujetos de los cuales 130 fueron de sexo femenino y los 130 restantes de sexo masculino, con edades comprendidas entre los 60-75 años. Las fuentes utilizadas para la obtención de la muestra fueron: Clubes de la Tercera Edad del INSEN, Visitas Particulares y Casas de Reposo.

En los resultados se encontró que el instrumento fue sensible a medir la fuerza yoica en esta población; lo cual se reflejó en el hecho de que los síntomas evaluados en la Entrevista Psiquiátrica Revisada fueron dependientes de la fuerza yoica. Observándose que a mayor fuerza yoica menor el grado de severidad en los síntomas.

Así también se encontró que existen diferencias significativas entre las medias del grupo de la Tercera Edad, en comparación con el grupo Normativo Norteamericano (Butcher, 1989) y el grupo de Estudiantes Mexicanos Universitarios (Lucio-Reyes, 1992). Tendiendo a ser más bajo el puntaje en la población de la Tercera Edad.

Se concluye que la Escala Fuerza del yo del MMPI-2, es un instrumento viable para la evaluación de la Fuerza Yoica en la población de la Tercera Edad, Sin embargo se considera indispensable la aplicación de técnicas psicométricas que logren dar validez y confiabilidad al uso de esta escal en el grupo de la Tercera Edad.

Considerándose necesaria la creación de normas específicas , así como un análisis sintáctico de los reactivos que permitan una interpretación más objetiva de los resultados; y por ende contar con un instrumento que permita hacer predicciones más acertadas acerca de la funcionalidad en este grupo etario y poder diseñar técnicas tanto a nivel preventivo como en relación a la intervención terapéutica.

ÍNDICE

RESUMEN	2
INDICE	4
INTRODUCCION	8
CAPITULO I	10
EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	
1.1. Teorías de la Personalidad y el Proceso de Envejecimiento	10
1.1.1. Psicoanálisis y Envejecimiento	13
1.1.2. Teoría Epigenética de Erickson	14
1.1.3. Teoría de la Psicología Individual	18
1.1.4. Teoría de Jung	18
1.1.5. Teoría de Campo	19
1.1.6. Teoría de Rol	19
1.2. Proceso de Envejecimiento	20
1.3. Psicopatología del Envejecimiento	25
1.3.1. Las Neurosis	25
1.3.1.1. Disfunciones Físicas	25

1.3.1.2.Factores Psicológicos	26
1.3.1.3.Estados de Ansiedad	27
1.3.2. Las Psiconeurosis	27
1.3.2.1.Compulsiones	28
1.3.2.2.Histeria	28
1.3.2.3.Hipocondría	28
1.4. Antecedentes	28
CAPITULO II	32
FUERZA DEL YO	
2.1. Estructura y Funciones del Yo	32
2.2 Escala Fuerza del Yo (Es) del MMPI-2	39
2.2.1.Interpretación de los puntajes de la Escala Fuerza del Yo del MMPI-2	41
2.2.2. Edad, Sexo, Escolaridad y Puntajes	43
2.3. Antecedentes	45
CAPITULO III	50
MMPI Y MMPI-2	
3.1. Teorías de la Personalidad y MMPI, MMPI-2	50

3.2. Desarrollo del MMPI, MMPI-2	56
3.3. Antecedentes	65
CAPITULO IV	68
METODO	
4.1. Planteamiento del Problema	68
4.2. Justificación del Problema	68
4.3. Hipótesis	70
4.4. Variables	71
4.5. Definición Conceptual de Variables	71
4.6. Definición Operacional de Variables	72
4.7. Muestra	73
4.7.1. Sujetos	73
4.8. Tipo de Estudio	74
4.9. Diseño	74
4.10. Instrumentos y Materiales	74
4.11. Procedimiento	78
4.12 Tratamiento Estadístico	79

CAPITULO V	82
DESCRIPCION DE RESULTADOS	
5.1. Análisis Descriptivo	82
5.2. Análisis de la Dependencia entre los Síntomas y la Fuerza Yoica	91
5.3. Puntajes T de la Muestra	93
5.4. Comparación de Medias	93
DISCUSION	96
CONCLUSIONES	101
ALCANCES Y LIMITACIONES	103
BIBLIOGRAFIA	104
COMENTARIO FINAL	114
APENDICES	
Apéndice A	116
Apéndice B	127
Apéndice C	134
Apéndice D	139

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge del interés por conocer la vejez, ya que éste es un tema muy controvertido, no solo para el que la vive, sino también para aquellos que sin ser viejos, diariamente la enfrentan desde sus roles de hijo, socio, o bien profesionalista de la salud, psicólogo, médico, etc.

El objetivo de esta investigación es conocer más acerca de la Fuerza Yoica del anciano. Debido a que ésta como plantea Barron (1953) permite evaluar y predecir la reacción de un individuo ante la experiencia de psicoterapia individual. Así mismo Butcher (1989) la considera una medida de adaptación, fortaleza, recursos personales y de funcionamiento eficiente e indicador de salud psicológica. Se considera que esto permitirá saber acerca del Yo en esta población, así como conocer su funcionalidad y capacidad de adaptación.

Siendo lo anterior un apoyo para los profesionales de la salud en la adecuada canalización de los pacientes.

Se pretende que esto sea una pequeña aportación para una mejor calidad de atención. Para lo cual se consideró importante contar con un instrumento que permita a la psicología clínica evaluar la funcionalidad y capacidad de adaptación, siendo estas manifestaciones de la Fuerza Yoica. Es sabido que en la psicología se cuenta con una extensa gama de instrumentos, sin embargo pocos son los que están dedicados a la Tercera Edad.

Tomando en cuenta, el objetivo del presente estudio, se consideró un instrumento viable, la Escala Fuerza del Yo (Es) del MMPI-2, ya que esta es de fácil aplicación, y a demostrado ser sensible en la medición de esta variable.

Cabe aclarar que esta escala no ha sido creada para utilizarse de forma aislada, sino como parte del inventario, de ahí el carácter exploratorio de la presente, en la cual se pretende conocer si es factible o no el uso de forma aislada en esta población.

Como criterio externo de validez se utilizó la Entrevista Psiquiátrica Revisada, que permitió de forma clara separar ciertos síntomas relacionados teóricamente con la Fuerza Yoica y así también conocer de forma general la situación mental del sujeto.

En el Capítulo I se presentan las características generales del proceso de envejecimiento, su psicología y patología, así como las diferentes teorías de la personalidad relacionadas con esta etapa; todo lo anterior con el fin de conocer los cambios que surgen en ella y la forma en como el individuo se adapta a ésta.

En el Capítulo II, se presentan los aspectos teóricos de la psicología del Yo, a través de un recorrido por las diferentes teorías que hablan del Yo, lo que permite conocer las diferentes acepciones, manifestaciones y funciones de ésta estructura. Se finaliza con la presentación de la Escala Fuerza del Yo (Es) (Fy) del MMPI-2, sus características y consideraciones clínicas y de interpretación.

El Capítulo III, permite conocer de forma general el desarrollo y características del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota, se presentan las teorías de la personalidad en las que se basa la construcción del instrumento, siendo éstas teorías fundamentalmente de rasgos. Así también se presenta la historia de la evolución del inventario, desde su origen hasta las modificaciones realizadas por Butcher en 1989, que dieron origen al MMPI-2. Se presenta una comparación de las dos versiones del inventario (MMPI y MMPI-2), de la cual resulta el hecho de que el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 resulta más adecuado para la evaluación de sujetos de nuestro país. Continúa la presentación de los diferentes tipos de Escalas que conforman este Inventario.

En el Capítulo IV se da a conocer la metodología utilizada en la presente investigación.

Y en el Capítulo V, se presentan los resultados, el análisis de éstos y finalmente se presentan las conclusiones del trabajo.

CAPITULO I: EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

1.1. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD Y EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Es muy difícil que una única teoría de cuenta del envejecimiento. Se necesita una amplia gama de teorías biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales, para que el acercamiento ofrezca resultados positivos.

Es importante para el estudio de cualquier fenómeno, conocer las diferentes perspectivas en que la ciencia lo ha enfocado. De aquí que se haya considerado el revisar los cuatro modelos de percepción de Moody, sobre la Tercera Edad, que como Saéz y Vega (1989) comentan, pese a que fueron creados desde una perspectiva educativa, son generalizables a otros segmentos de la conducta humana, ya que estos modelos constituyen cuatro estadios de desarrollo histórico respecto a la comprensión y actitud hacia la Tercera Edad.

El primer estadio, es el denominado de rechazo y resume en él las actitudes negativas que sobre el envejecimiento aún se practican en nuestra sociedad. Este tipo de pensamiento, coincide en parte con el Modelo de Deterioro, va acompañado de concepciones que hablan y sobre valoran las disminuciones funcionales que acarrea la Tercera Edad. Es característico en este enfoque el poner énfasis en el declive cognitivo a todos los niveles.

El segundo estadio, es una forma de percepción relacionada con los servicios sociales. Incluye supuestos de bienestar y asume la formación y adaptación de personas de edad a formas de vida que implican actividades y comportamientos a llevar a cabo en tiempos de ocio. Se trata de una forma de mantener y de entretener a los ancianos a través de la actividad, sin embargo se hace desde una perspectiva consumista y no desde un enfoque que implique trabajo productivo u autorrealización.

El tercer estadio, es el de la participación. El objetivo de este consiste en hacer capaces a los sujetos para vivir en contacto con la tendencia general de la sociedad y para llevar una vida normal en esta.

El cuarto estadio, es de autorrealización. Describe a la Tercera Edad como un periodo de crecimiento psicológico potencial. Se trata por ello de un periodo donde las características propias de éste momento de la vida propician proyectos, actividades que hasta el momento no han podido ser realizadas por los motivos que fueren y comienzan a ser posibles. Desde el punto de vista intelectual, estos años son considerados como momentos de creatividad y crecimiento. El deterioro intelectual es percibido como una cuestión de diferencias individuales y no como inherente al periodo mismo de la vida.

El acercamiento que quizá pueda ser más común y cercano a la psicología, es aquel que interpreta y trata de conocer las diferencias individuales dentro de las especies.

No han sido muchos psicólogos los que se han ocupado de definir el envejecimiento; este ha sido tema de biólogos, más que de psicólogos. Una de las primeras influencias en el estudio del envejecer se debe a la iniciativa de la Fundación Joseia Macy Jr., que publicó " Problemas del Envejecimiento " de E. V. Cowdry (1942). El autor no ofreció una definición formal pero si hizo una afirmación que viene a ser equivalente:

" Desde que todos los organismos vivientes pasan por una secuencia de cambios caracterizados por el crecimiento, desarrollo, maduración y finalmente senectud, el envejecer presenta un amplio problema biológico. "(Cowdry, 1942)

Comfort (1964), define la senectud como un cambio en la conducta del organismo con la edad, que lleva a un decrecimiento del poder de supervivencia y adaptabilidad.

Puede ofrecerse otro tipo de definiciones más precisas del envejecer. Una de ellas es la propuesta por Handler (1960)(Tomado de Saéz y Vega, 1989)

" Envejecer es el deterioro de un organismo maduro resultante esencialmente de cambios irreversibles intrínsecos a todos los miembros de una especie en dependencia con el tiempo, tal que con el paso del tiempo, se verán incapaces de forma creciente para asimilar los factores del medio, incrementando de esta forma la probabilidad de muerte "

Para los psicólogos aunque precisas, estas definiciones aparecen como demasiado restrictivas. Los psicólogos no están interesados por el envejecimiento como fenómeno biológico precisamente, que marca límites de vida: si no que centran también su atención en procesos de cambio o diferenciación relacionados con el comportamiento, la adaptación a diferentes situaciones y la funcionalidad.

Más acorde con la orientación de los psicólogos, estarían las siguientes definiciones que pese a no haber sido hechas por un psicólogo, se consideran útiles para nuestro fin, ya que con éstas contemplan tanto el aspecto social como psicológico del envejecimiento.

En cuanto a lo social B. Kutner (tomado Mollis, J. 1985) , gerontólogo social americano expresa:

" El envejecimiento social es un proceso de rediferenciación y reintegración de roles, funciones sociales, que ocurren a medida que el individuo envejece cronológicamente y aflora debido a cambios en el rol y estatus impuestos sobre él, tanto por su sociedad, o por mala suerte, o deliberadamente aceptados por él. "

Jiménez Herreo (1988) geriatra español, define al envejecimiento psicológico como:

" La consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él sobre su personalidad. "

De aquí surge el interés por conocer las diferentes percepciones de la vejez a través de las teorías de la personalidad.

En las modernas teorías de la personalidad, pocos son los conceptos que se invierten respecto al proceso de envejecimiento, en realidad, han sido más filósofos chinos e hindúes y ciertos pensadores occidentales Nietzsche y Schopenhauer, quienes se han ocupado de la vejez con más profundidad que los teóricos de la personalidad.

A continuación se mencionarán algunas teorías que han sido relacionadas con el proceso del envejecimiento, aún cuando sólo guarden una relación superficial con la vejez.

1.1.1. PSICOANÁLISIS Y ENVEJECIMIENTO

Freud (1904), refiriéndose al psicoanálisis como recurso terapéutico dice: " Alrededor de los 50 años y más allá de esta edad, la elasticidad de los procesos mentales, de la cual depende el tratamiento, es escasa. La gente de edad ya no es educable y por lo demás el cúmulo de material que se debe tener en cuenta puede prolongar indefinidamente la duración del tratamiento ".

Así también decía que " El psicoanálisis pierde su eficacia cuando el paciente es de edad demasiado avanzada ". Esto lo decía al referirse a la " elasticidad del Yo " en las personas de edad; y argumenta que esa rigidez del Yo se traduce en opiniones y reacciones fijas.

Halminton, (tomado de Geist,1977) distingue cuatro puntos decisivos en el ciclo vital humano:

- 1.- Terminación de la Infancia.
- 2.- Terminación de la Niñez y comienzo de la Adolescencia.
- 3.- Transición de la Adolescencia a la Madurez, y
- 4.- El periodo de cambio de la Personalidad Madura en Provecta.

Según el autor, este último periodo se caracteriza por una regresión a las dos primeras etapas del desarrollo, dice que " en los comienzos de la senectud se produce un debilitamiento de los impulsos inconcientes ". Es probable que buena parte de esta merma esté condicionada por lo social a causa de la jubilación y que lleve a una inactividad que exige una nueva orientación y adaptación. Las grandes exigencias que impone el Yo, incapaz de luchar con los impulsos instintivos del Ello, se traduce en sentimientos de inferioridad, inseguridad y culpabilidad, y en los concomitantes sentimientos de agresión y de hostilidad hacia la gente joven. Los conflictos preexistentes de la infancia y la niñez, que han permanecido sin resolver y han sido reprimidos durante la madurez posteriormente se reactiva en la ancianidad y dan lugar a una conducta infantil neurótica."

1.1.2. TEORIA EPIGENETICA DE ERICKSON

Erickson desarrolla la Teoría Epigenética, que gira en torno del Yo , la cual consta de una secuencia de facces de la personalidad, en función del desarrollo psicosocial. Esta secuencia de facces coincide con la de la Teoría Freudiana del desarrollo de la libido, y la prolonga. De tal manera que Erickson fue el primero que abarcó esas facces del ciclo vital, que por lo común hallamos resumidas en el concepto único de madurez genital.

Erickson divide el ciclo vital en tareas evolutivas que hay que resolver dentro de cada fase específica. Esas tareas son las siguientes:

1. Confianza Elemental Vs. Desconfianza.
2. Autonomía Vs. Vergüenza y Duda.
3. Iniciativa Vs. Culpa.
4. Laboriosidad Vs. Inferioridad.
5. Identidad Vs. Confusión de Identidad.
6. Intimidad Vs. Aislamiento.
7. Generatividad Vs. Estancamiento.
8. Integridad Vs. Desesperación.

La teoría gira en torno al hecho de que cada sociedad satisface cada una de las facces del desarrollo de sus miembros por medio de instituciones, (cuidado paternal, escuelas, maestros,

ocupaciones, etc.) específicas que le son propias y garantiza que el individuo que se desarrolla puede vivir en ella.

Lo que distingue a la Teoría de Erickson, es que ofrece una explicación conceptual del desarrollo social del individuo al tomar en cuenta el desenvolvimiento del carácter genético social del ser humano en su lucha con el medio social. La teoría tiene relación directa en cuanto al sentido evolutivo con los problemas dinámicos de la ancianidad.

Al exponer el problema de la formación de la identidad señala una " configuración evolutiva ", la cual se establece en forma gradual por sucesivas síntesis del Yo a lo largo de la niñez.

El cuadro 1 muestra la secuencia de las crisis y del desarrollo psicosocial de las partes que constituyen la personalidad psicosocial. En él puede observarse las columnas 7 y 8 en las que aparecen los rubros " Generatividad Vs. Estancamiento " e " Integridad Vs. Desesperanza ", que se ligan directamente a la Edad Madura.

En términos de Generatividad Vs. Estancamiento, Brainsky (1986) plantea que el hombre maduro necesita que otros requieran de él, y la madurez requiere también la guía y el estímulo de aquello que se ha generado y que por tanto debe ser cuidado.

La Generatividad incluye creatividad y productividad, centrándose en establecer y encausar a la siguiente generación.

En lo psicosocial y psicosexual, ésta etapa es esencial por cuanto lleva a una expansión gradual de los intereses del Yo y aun enriquecimiento, producto de la inversión emocional en los hijos. Si este enriquecimiento falta o no se produce se da una regresión a etapas anteriores a la necesidad obsesiva de pseudo-intimidad, y a sentimientos profundos de estancamiento y empobrecimiento.

Erickson liga esta última etapa con la primera en los siguientes términos:

" El niño sano no le teme a la vida, si sus mayores son suficientemente íntegros como para no aterrorizarse frente a la muerte." (Erickson, 1960)

La Octava Etapa en términos de Integridad del hombre frente a la Desesperanza:

" El hombre que ha abandonado su propio terreno con el haber cuidado de cosas y personas, con el haberse adaptado a los triunfos o fracasos de su condición humana, con el haber generado otros miembros de la especie, o el haber legado ideas al tesoro comunal, puede pretender cosechar los frutos positivos. " Brainsky (1986)

Erickson no dice qué entiende por integridad, pero da algunas indicaciones:

" Es la aceptación del propio y exclusivo ciclo vital y de la gente que ejerce gravitación en él, como algo que tuvo que ser y que en modo alguno admitió sustituciones. es decir, que significa un amor nuevo y diferente por los propios padres, exento del deseo de que deberían haber sido distintos, y la aceptación de nuestra vida y de nuestras propias responsabilidades, si bien, tiene conciencia de la afinidad de los diversos estilos de vida que han dado sentido a la lucha del hombre el dotado de integridad, está preparado para defender la respetabilidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica. "

**CUADRO 1. SECUENCIA DE LAS CRISIS Y DESARROLLO PSICOSOCIAL
SEGUN ERICKSON**

	1	2	3	4	5	6	7	8
I PRIMER AÑO	CONFIANZA Vs DESCONFIANZA				UNIPOLARIDAD Vs AUTODIFEREN- CIACION PREMATURA			
II NIÑEZ TEMPRANA		AUTONOMIA Vs VERGUENZA DUDA			BIPOLARIDAD Vs AUTISMO			
III EDAD DEL JUEGO			INICIATIVA Vs CULPA		IDENT EN EL JUEGO Vs EN FANTASIAS EDIPICAS			
IV EDAD ESCOLAR				LABORIOSIDAD Vs INFERIORIDAD	IDENT EN EL TRABAJO Vs EXCLUSION DE LA IDENT			
V ADOLESCENCIA	PERSPECTIVA TEMPORAL Vs DISIUNCIÓN DEL TIEMPO	SEG EN SI MISMO Vs. CONCIENCIA DE IDENT.	EXPERIMENTA- CIÓN CON EL ROL Vs. IDENT. NEGATIVA	PREV. DEL ÉXITO Vs PA- RALISIS EN EL TRABAJO	IDENTIDAD Vs DIFUSION DE IDENTIDAD	IDENT SEXUAL Vs DIFUSION SEXUAL	POLARIZACION LIDERAZGO Vs. DIFUSION DE AUTORIDAD	POLARIZACION IDEOLOGICA Vs. DIFUSION DE IDEALES
VI JUVENTUD					SOLIDARIDAD Vs AISLAMIENTO SOCIAL	INTIMIDAD Vs AISLAMIENTO		
VII EDAD ADULTA							GENERATIVE- DAD Vs ENSIMISMA- MIENTO	
VIII EDAD MADURA								INTIGRIDAD Vs DISGUSTO DE SI PARACION

" La pérdida de ésta elevada integración del Yo está representada por la desesperación y por un temor a la muerte que a menudo es inconsciente. El único y exclusivo ciclo vital no es aceptado como lo fundamental de la vida; la desesperación expresa el sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto como para tratar de empezar otra vida y querer probar otros caminos que lleven a la integridad, tal desaliento se esconde con frecuencia tras un velo de disgusto, la misantropía o una desdeñosa irritación crónica ante determinadas instituciones o personas; disgusto e irritación que si no van acompañados de ideas constructivas y una gran cooperación sólo representan el desdén que el sujeto siente por sí mismo. " Brinsky, 1986)

1.1.3. TEORIA DE LA PSICOLOGIA INDIVIDUAL

Adler se refiere a la edad avanzada de la siguiente forma :

" La vejez se caracteriza por fuertes sentimientos de inferioridad y por depender profundamente del pasado del paciente. Esto se debe a menudo a la insuficiencia intelectual , física y a ciertas circunstancias externas como un desastre en las finanzas, el desligarse de las responsabilidades del trabajo, a causa de la jubilación y a la disolución de la familia . " (Tomado de Geist, 1977)

1.1.4. TEORIA DE JUNG

Jung, distribuye la vida en 3 etapas cronológicas:

1 era.- Presexual: Se extiende hasta el tercer o cuarto año de vida. Plantea que en ella la libido se dedica a la nutrición y el crecimiento.

2 da.- Prepubertad : Comprende desde los cuatro años hasta la pubertad.

3 era.- Madurez: Desde la pubertad en adelante, tiempo de madurez.

Jung, plantea que el conflicto no tiene su origen en el pasado, sino que es producido cuando surge un obstáculo para el desarrollo del Yo, esto provoca un estancamiento y una acumulación de la

libido, lo cual genera una regresión que hace que se reaviven las formas juveniles de la actividad, que aunque hubieran sido normales, para el adulto maduro ya no son estimables, estas luchan por satisfacción que se transforman en síntomas y así alcanzan cierta compensación al manifestarse como neurosis.

Cabe destacar que en la Teoría de Jung el ocuparse de circunstancias actuales de la vida hace posible extender el tratamiento a los ancianos cuyo material psicológico referente a la infancia o distante en el tiempo pudo haberse perdido.

1.1.5. TEORIA DEL CAMPO

La Teoría del Campo, considera a la conducta de una persona en un determinado momento, como una función de las circunstancias que coexisten dentro de un lapso de su vida y de su campo psicológico.

Considera que a medida que se tienen más años, la variedad de actividades, emociones, necesidades, información y relaciones sociales, aumenta, al menos hasta cierta edad. A partir de ese momento, la versatilidad del comportamiento experimenta una reducción.

El estado interior de un anciano se caracteriza porque en él, no se originan tensiones intensas y efectivas, ya que las barreras entre las regiones son rígidas o porque el nivel de energía ha decremado.

1.1.6. TEORIA DEL ROL

En cuanto a la Teoría del Rol, existen dos tipos de estudios que se han desarrollado en relación al anciano. Uno de ellos se refiere a la manera de entender y juzgar los roles del anciano desde el punto de vista de diferentes grupos que integran la población y según diferentes circunstancias sociales. El otro se refiere a los verdaderos roles que en sí asumen los ancianos.

Desde el estudio de los roles, la adaptación del individuo depende de el numero de roles que puede asumir . Por lo que la persona mayormente inadaptada es la que durante su juventud, no logró asimilar roles adecuados para la vejez.

Se ha observado que las personas que toman la edad cronológica como criterio de vejez y sitúan esa edad en un nivel bajo para el comienzo de aquello, o que consideran la marca de ese inicio, aceptan más los clichés respecto a la vejez, que los que opinan diferente.

Uno de los cambios objetivos, que precipita el comienzo de la vejez es la jubilación ya que se relaciona con el concepto social y hace más difícil cualquier intento de identificación con grupos de menor edad.

1.2. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

La tarea de evaluar un proceso en el campo de la conducta se torna difícil; esto es válido particularmente cuando se trata del proceso de envejecimiento; ya que en general los sujetos constantemente están interactuando con otros seres y reaccionando a estímulos tanto internos como externos, tales circunstancias, llegan a ser difíciles de percibir en su totalidad para cualquier estudioso. No obstante cualquiera que sea la técnica de que se disponga, es importante la descripción y evaluación psicológica para comprender ese proceso en su integridad.

Si bien en ciertas pautas de conducta que son comunes del envejecimiento, de los seres humanos, también existen diferencias individuales entre ellos en cuanto a sus características psicológicas durante el proceso de envejecimiento.

Para formarse una idea de la conducta en la vejez, se considera importante tomar en cuenta diversos factores psicológicos, como la diferencias debidas a la edad en cuanto a las funciones sensoriales y de la percepción, el aprendizaje y la memoria, la resolución de problemas y el pensamiento, las facultades psicomotrices y la motivación.

En consecuencia, no se pueden establecer valoraciones rígidas sobre la personalidad de un anciano, ni clasificaciones permanentes en grupos en razón a su psicología, encajando a los ancianos en tal o cual psicotipo más frecuente en su edad.

Hay personas mayores a las que el hecho de envejecer les motiva a descubrir nuevos roles en la vida, o les impulsa a buscar nuevos medios para conservar su habitual rol y no perder su status o razón de estar en el mundo social que conocen.

A pesar de que el envejecimiento es sobretudo un proceso de desgaste, hay personas que parecen cobrar empuje a medida que maduran, de aquí que cuando se habla del Proceso de Envejecimiento, es importante considerar la expresión " Vejez Venturosa". Para Haubighurst (tomado de Geist, 1977), "Vejez Venturosa" supone principalmente dos cosas:

- 1.- "Un elevado respeto por sí mismo y un estar satisfecho de la vida",
- 2.- "Consideración por los demás. Es decir, que el individuo cumpla su función social y sus obligaciones interpersonales."

Varias investigaciones se han enfocado a conocer las condiciones que favorecen una "Senectud Feliz", es decir, el logro de una vejez acompañada de bienestar psicofísico.

Ser puede concluir que no existe un solo factor que determine una larga vida, si no más bien un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales. Al mismo tiempo, un estudio longitudinal hecho por Duke (Tomado de Lehr, 1980), demuestra que las personas de inteligencia más elevada, con seguridad económica, bienestar físico y especialmente entre las mujeres un matrimonio intacto; cuentan con una mayor probabilidad de tener una "Vejez Venturosa". También atribuye un papel importante a la satisfacción en el trabajo, sugiriendo que el mantenimiento de un rol social satisfactorio y pleno de sentido puede contribuir a ésta, ya que proporciona ejercicio físico, estimulación intelectual, relaciones sociales que gratifican y apoyan, y una motivación que impulsa al senecto a cuidar de sí mismo.

Por otro lado la actitud general del sujeto, puede ejercer un significativo efecto psicosomático sobre la vejez.

Sería erróneo considerar que el hecho de hacerse viejo se ve completamente limpio de problemas, ya que todo aumento de edad exige adaptarse a una nueva situación en la vida, y como tal, demanda ajuste y reorientación; pide abandonar modos anteriores de comportamiento, obligaciones y derechos, así mismo asumir nuevos deberes nuevas tareas, nuevos derechos.

Toda persona tiene un comportamiento condicionado a diversos factores y que en el anciano está más ligado que en el adulto joven a su capacidad de adaptación, su salud, recursos económicos y apoyo familiar o social que reciba.

Como a cualquier otra edad en la senectud, el hombre se ve sometido, a conflictos o situaciones que provocan "crisis personales", ante las cuales sufre inicialmente una sensación de choque, a la que debe seguir una reacción y búsqueda de forma de adaptación para seguir viviendo.

Las formas de reaccionar más frecuentes en sentido de regresión : (Jiménez, H.:1988)

A) **Comportamiento contradictorio:** Temen la soledad, pero no aceptan las proposiciones que se les hacen, desean estar solos para no tener que sufrir nuevos abandonos o rechazos en el futuro.

B) **Labilidad emocional y afectiva constantes :** Las manifestaciones emocionales saltan por el menor motivo. Fácilmente se entristecen, lloran o exhiben una incontinencia emocional inadecuada.

C) **Repetición de ideas :** Repiten cosas coherentes pero por su constancia y contundencia inducen un comportamiento agresivo en su interlocutor.

D) **Repetición de ideas carentes de sentido:** Inoportunas o irrelevantes que suelen dirigir a interlocutores imaginarios o desconectados de sus intereses y situación.

E) **Quejas continuas:** En torno a su salud o pérdida de autonomía o status, se complacen en contar con detalle sus males y penas, creando un estado de irritación a quienes les escuchan.

Puede haber una demanda de interés o afecto; ese comportamiento suele testimoniar una disfunción de su capacidad de amar y de sociabilizarse, concentrando su interés sólo sobre su estado físico, constituyendo esa conducta una forma de replegarse sobre sí mismo.

F) Conducta de tóxicofilia: Cuando el anciano se hace dependiente de ciertos fármacos como laxantes, hipnóticos, ansiolíticos, vaso activos o alcohol.

Regresión de la libido : Manifestando, una clara disminución del amor hacia los demás, un interés decreciente hacia las comidas menospreciando su calidad y presentación , un deseo creciente de estar sentado o en cama, con aumento evidente de pereza.

H) Aumento de los deseos de ser amado: Haciéndose celoso en un sentido amplio, de forma que provoca conflictos con quienes conviven con él y llegando incluso a los chantajes afectivos, éste comportamiento es también una forma de conducta regresiva.

I) Tendencia a Guardar Cosas: O aún conservadurismo desmesurado, almacenando alimentos, objetos , periódicos en inverosímiles recuerdos que llenan sus armarios, sus mesas, estanterías y toda clase de rincones.

Sabido es como los viejos, se suelen rodear de sus reliquias, tratando de remplazar por objetos las imágenes de la vida interna o íntima. Dichos objetos les resultan indispensables y no aceptan ningún cambio en su casa. Esta conducta provoca incluso reacciones de agresividad e intolerancia.

J) Agresividad: Es patente en muchos ancianos como forma de buscar la adaptación que puede serles rentable si su mensaje es escuchado y comprendido, pero puede serles perjudicial, si esa agresividad se considera patológica.

Existen otras formas de clasificación dentro del grupo de ancianos, en relación a su adaptación o no a la vejez:

A) Entre los adaptados están:

1.- **Los Maduros:** Bien adaptados a las relaciones con los demás e integrados en el medio en que viven suelen controlar sus impulsos, son activos y habitualmente están satisfechos de la vida y de sí mismos.

2.- **Los blindados o Rígidos:** Como mecanismo de defensa para atenuar su miedo a los fracasos y a la dependencia. Son más dados a los deberes y obligaciones que a los placeres. Relativamente satisfechos de su pasado, no gustan de las discusiones de naturaleza personal, ni de que se metan en sus cosas, esto es, son poco amigos de la introspección.

3.- **Los Caseros: Pasivos y Dependientes :** están contentos con estar jubilados y no tener responsabilidades, poco activos socialmente, suelen ser indulgentes y se adaptan bien a la vejez porque al estar en ella les pueden comprender mejor sus deseos de inactividad.

B) Entre los inadaptados se encuentran:

1.- **Los Irritables:** Habituales "cascarrabias", "gruñones", "frustrados" y "amargados". Suelen reprochar a los demás sus fracasos, siendo generalmente desconfiados, sintiéndose incómodos en su nueva situación de retirados, la cual ven sin futuro alguno. Suelen tener poca autoestima y están generalmente arrepentidos de su pasado.

C) Grupos Mixtos en cuanto a su adaptación a la vejez:

1.- **Los Introversos:** de los que hay muchas variaciones, bien adaptados unos y mal o escasamente adaptados otros. Apegados a sus valores ideas o pertenencias, suelen ser medio taciturnos, sobrios, tímidos y retraídos, reprimiéndose constantemente en las ocasiones que pudieran manifestarse.

2.- **Los Perturbados:** No en el sentido de ser enfermos mentales, sino en el de tener perturbadas sus relaciones sociales, son inestables, en ocasiones se adaptan a algo pero generalmente causan conflictos en su familia y entorno social.

El como maneje el individuo su forma de adaptación al proceso de envejecimiento, determinará el carácter normal o patológico del mismo.

1.3. PSICOPATOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO

1.3.1. LAS NEUROSIS

Al revisar la literatura sobre el tema, se observó que no existe gran diferencia en las formas neuróticas que se observan en la edad madura avanzada, que permitan diferenciarlas de las que se presentan a edad temprana, al parecer las variaciones existentes se pueden atribuir al envejecimiento biológico, y al lugar que se asigna a los ancianos en la sociedad.

1.3.1.1. DISFUNCIONES FÍSICAS

1.- **Visión y Audición:** La pérdida gradual de la visión y la audición tiende a hacer que el individuo se aparte y no participe en las actividades de su grupo social.

2.- **Disfunciones Viscerales:** Las vísceras de los ancianos raras veces funcionan del mismo modo que en los años juveniles; tales disfunciones hacen que se vuelvan ansiosos, irritables y narcisistas, con tendencia a condolerse de sí mismos.

3.- **Factores Sexuales:** Halminton, observó que una marcada reducción de la potencia de sus pacientes en el quinto y sexto decenio de la vida.

Las reacciones frente a la declinación de la potencia sexual son muy variadas, siendo la más frecuente, el coqueteo sexual, el cual es la compensación agresiva para lograr la afirmación de la aptitud sexual de la persona, cuando este coqueteo fracasa la persona de edad avanzada puede prever el fracaso, el aislamiento e incluso la represaría social, lo cual, es posible le cause temor culpa y gran ansiedad pudiendo éstas desembocar en depresiones neuróticas reactivas.

Así también puede mostrar resentimiento por la manifestación de actividad sexual de los demás mostrando " indignación moral " ante los excesos y depravación de los jóvenes y de la gente en general.

La fantasía sexual es un recurso ante la frustración y la privación, teniendo como fin el autoerotismo, lo cual desencadena ansiedad, sentimientos de indignidad y preocupación hipocondriaca por las partes genitales y por último se cae en la depresión.

4.-Disminución de la Fuerza y la Resistencia: Al comprobar la pérdida de la fuerza y la resistencia, la persona de edad puede por una parte resignarse por entero y con facilidad, con síntomas de debilidad, nerviosismo, fatiga, incapacidad y trastornos viscerales o bien, por el contrario pueden negarse a aceptarlo y esforzarse por demostrar que es capaz como los demás y compararse con frecuencia con los más jóvenes. A veces se manifiesta una actividad compensatoria en extremo agresiva, que se traduce en desasosiego, insomnio e irritabilidad, y en la que con frecuencia se recurre al alcohol. El decidido interés de los ancianos por la salud puede tener sus causas en la resistencia a la inevitable declinación física.

5.-Otros factores Biológicos: Para la persona de edad tiene gran significado emocional la disminución de la agudeza sensorial y de la percepción, atrofia de músculos y huesos, pérdida de la elasticidad de la piel, etc. Todo esto unido a el decremento de impulsos y satisfacciones, constituye una amenaza a la seguridad del individuo que envejece.

En las mujeres que desean mantener un aspecto joven, es importante por cuanto atañe a sus status, la pérdida gradual de esos caracteres físicos. Cuando una mujer fracasa su intento de disimular la edad por medio de cosméticos puede caer en estados de fatiga y diversas clases de males viscerales a modo de mecanismo de defensa, cuando las lamentaciones logran el objetivo de devolver la atención y consideración que conquistaba con sus atractivos, lo más probable es que se organicen dentro de un esquema neurótico inconsciente.

1.3.1.2.FACTORES PSICOLOGICOS

Los cambios que más teme la persona que envejece, son la pérdida de la significación y de la independencia, ya que les amenaza un panorama de dependencia económica y psicológica.

El hecho común y corriente de que la persona de edad deba mudarse de su propia casa para ir a la del hijo casado, puede ser muy perturbador. Desprender a los ancianos de su hogar, puede provocar toda una serie de cuadros psicopatológicos, lo más común son las depresiones de reacción neurótica; presentándose éstas más comúnmente en sujetos que tienen una estructura neurótica del carácter, en estas personas cuando se enfrentan a una pérdida aparece la tristeza personal con duelo y desprecio hacia sí mismo.

Y en el caso de la pérdida de un ser hacia el cual existían sentimientos ambivalentes, suele haber angustia con culpa, debido a que la rabia y a la agresión hacia la relación con éste, amenazan con salir a la superficie. Otros buscan apoyo en forma dependiente a través de quejas hipocondriacas.

1.3.1.3. ESTADOS DE ANSIEDAD

Los estados de ansiedad que experimentan las personas de edad avanzada, son muy semejantes a los que se padecen a edad más temprana, éstos se caracterizan por la somatización de las fuertes reacciones emocionales (respiración agitada, tensión muscular, trastornos viscerales, temblores, dolores de cabeza, sudores, náuseas, diarrea y una sensación de peligro inminente). La persona de edad puede sentirse angustiada por todo, los accesos de ansiedad aguda pueden sobrevenir sin que exista ningún hecho desencadenante manifiesto y el anciano puede sentirse persuadido de que se haya gravemente enfermo y de que la muerte es inminente.

Las circunstancias que provocan neurosis de ansiedad, son falta de seguridad y la situación en que la persona de edad se siente menos aceptada, menos útil, menos valorada.

1.3.2. LAS PSICONEUROSIS

1.3.2.1 COMPULSIONES

El paciente anciano psiquiátrico que presenta compulsiones generalmente ya las ha presentado con anterioridad.

Las razones que contribuyen a que aparezcan compulsiones en el anciano son diversas, se pueden presentar como consecuencia del aumento de la ansiedad, la inseguridad y la inadecuación y como 2 un intento simbólico de simplificar el medio ¹¹, recurriendo a reacciones estereotipadas o restringidas frente a él, o como resultado de fantasmas cróticas, agresivas o de venganza que producen culpabilidad y ansiedad aguda.

1.3.2.2. HISTERIA

los trastornos histéricos de la ancianidad, constituyen principalmente una exageración de algún defecto orgánico de la persona de edad que suscitan compasión o culpabilidad en quienes la rodean, cuando estas consiguen restablecer una cierta seguridad, acrecentar el prestigio o la atención, pueden quedar fijadas y hacer que el anciano crea en verdad en ellas.

1.3.2.3. HIPOCONDRIA

Cuando la persona de edad se da cuenta de que no marcha del todo bien, comienza a pensar en la posibilidad de ser mal vista por la sociedad; por lo que la manera de conservar el respeto por sí misma es enfermarse y echar la culpa de su inadaptación a su dolencia; cuando el hipocondríaco es un anciano, por lo general parientes o amigos jóvenes se sienten atrapados en una red de aflicción y rechazo y como consecuencia, sentimientos de culpa por el descuido a la persona de edad.

1.4. ANTECEDENTES

Existen estudios que pretenden encontrar y definir las características del proceso de envejecimiento, tal es el caso del estudio realizado por Barer, B. M. (1994), en donde se pretendía conocer las diferencias de género en lo relativo a la salud, nivel socioeconómico y recursos sociales.

Para lo cual se utilizó una muestra de 150 sujetos blancos, con una media de edad para los hombres de 88 años y para las mujeres de 89 años, siendo en su mayoría mujeres.

Se encontró que un alto porcentaje de las mujeres que comprendieron la muestra eran solteras, las cuales vivían solas y se observó un decremento en su funcionalidad así como bajos recursos financieros.

En contraste se observó que los hombres tienen menor grado de deterioro, son más independientes y ejercen mayor control sobre su medio, sin embargo su bienestar se puede ver afectado por algún evento no esperado, como el quedar viudos.

Los hombres que sobreviven los 85 años al parecer es más probable que tengan mejor salud y más años de vida independiente.

Las mujeres tienden a casarse con hombres mayores que ellas, lo que provocan que enviuden más jóvenes y como consecuencia hay un mayor número de mujeres viviendo solas en la vejez, siendo en éste caso dos terceras partes en comparación a un tercio de los hombres.

Los autores señalan que existe una relación entre la longevidad y la vida social activa; siendo la mujer más dada a tener relaciones sociales estrechas y a continuar su vida social estando viuda; a diferencia los hombres son más reservados y normalmente cuando ellos enviudan sus amistades aún están casadas, lo que les dificulta mantener una estrecha relación con éstas.

Así también hacen notar que existen marcadas diferencias en las trayectorias de vida, ya que usualmente hombres y mujeres experimentan situaciones a diferentes edades y eso requiere de diferentes tipos de adaptación.

Es más común que el hombre enviude siendo ya muy grande lo que le hace ser más vulnerable, además de como ya se dijo es más difícil llevar a cabo una vida social para ellos y hasta hacerse cargo de sí mismos, a diferencia de la mujer que enviuda estando más joven lo que le facilita continuar con sus actividades tanto domésticas como sociales, lo que hace que le sea más fácil la adaptación.

En lo relativo a cambios en habilidades cognitivas Perlmutter M. y Cols. (1990) sugieren que un número significativo de cambios relativos a la edad cruzan por una variedad de habilidades cognitivas, las cuales se basan en experiencias sociales. Encontraron que sí existen diferencias en la

forma de comunicarse y de relacionarse con los demás siendo mejor el desempeño en los jóvenes. Sin embargo en relación a los conocimientos y manejo de estos los resultados favorecieron a las personas mayores. Estos descubrimientos demuestran que con la experiencia los desempeños individuales en relación a lo cognitivo, social, físico, experimentan cambios cualitativos en cierta clase de experiencias, como por ejemplo, el trabajo y las actividades sociales, lo cual sirve para contrarrestar los efectos del envejecimiento.

Algunos investigadores como Ditman-Kohli y Baltes, consideran que las investigaciones hechas con personas mayores las hecho con actividades a realizar poco familiares para ellos, lo que les hace sentir angustia y por tanto no logran un desempeño satisfactorio; haciéndose la propuesta para futuras investigaciones, el utilizar situaciones cotidianas para medir las habilidades en este grupo.

Por otra parte, en México también surgió el interés por conocer las características de la población senecta del país por lo que se aplicó una Encuesta Gerontológica, realizada por el Instituto Nacional de la Senectud en el año de 1992. En la cual se estudió a 1500 personas mayores de 60 años de ambos sexos afiliados o no al INSEN, en su mayoría habitantes de zonas urbanas; se realizó en la República Mexicana, en las 31 entidades federativas y en el D.F. . El Objetivo fue ampliar el panorama sobre la problemática de la vejez en México, así como ser la base de futuros trabajos. Para lo cual se diseñó un modelo de encuesta con instructivo, que recogiera la información de manera sencilla; las variables evaluadas fueron entre otras : edad, Sexo, familia, Edo. Civil, Edo. de Salud, Fuente de Ingresos, Grado de Estudios, Grupos de Convivencia, Monto de Ingresos, Jubilación, Motivo de Retiro Laboral, Padecimientos, Responsabilidades del Senecto, Vivienda.

Los resultados encontrados fueron :

Que el promedio de edad registrado fue de 68 años. De acuerdo al sexo de los senectos se encontró una mínima diferencia en cuanto al edo. civil, excepto en el caso de los viudos, en donde el porcentaje más alto fue para las mujeres.

En cuanto al nivel de escolaridad la frecuencia más alta se ubicó en el nivel primaria, sin embargo representaron un porcentaje significativo las personas que saben leer y escribir sin haber recibido ningún tipo de educación formal.

El principal motivo de retiro laboral fue la jubilación. Por otro lado, la mayoría de la población que todavía trabaja, se registro dentro del sector comercio y servicios.

En general la principal fuente de ingresos de esta población fue la contribución familiar, seguida del ingreso obtenido por pensión y / o jubilación, cuyo monto mensual promedio en ambos casos se situó por debajo de los \$ 300.00 .

Se encontró que un gran número de senectos viven con sus familiares, principalmente con sus hijos , quienes se reportaron como responsables directos del senecto, sin embargo el porcentaje de senectos que viven solos fue elevado.

Las principales afecciones a la salud de los senectos, se registraron en huesos y articulaciones , así como alteraciones en la presión arterial, (Cuadro 2) .

Se encontró que el interés por aprender una actividad fue en su mayoría dirigido a las manualidades y a las actividades educativas y culturales. En la opinión de los senectos, los grupos de convivencia, así como los paseos y excursiones fueron consideradas las actividades más importantes, por considerar que contribuyen al bienestar de el anciano.

**CUADRO 2. PRINCIPALES PADECIMIENTOS DE LA POBLACION SENECTA
ESTUDIADA , SEGUN SEXO
MEXICO, OCTUBRE 1992**

PADECIMIENTO	SEXO				
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL
	No.Personas	%	No.Personas	%	%
Corazón	682	4	571	4	8
Diabetes	1,150	8	817	5	13
Presión Arterial	2,209	15	973	6	21
Huesos y Articulaciones	2,134	14	1,457	10	20
Ningún Padecimiento	1,431	10	1,495	10	20
Otro	827	5	712	5	10
No Específico	289	2	253	2	4
Total	8,722	58	6,278	42	100

CAPITULO II:FUERZA DEL YO

2.1. ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL YO

Aunque parezca una tarea fácil, el trabajo de elaborar una descripción satisfactoria de la personalidad es bastante difícil; para ello, es necesario tomar en cuenta un concepto central; a este centro se le ha llamado "YO", el "Ego", el "Self", el "Autoconcepto", y la "Autoimagen".

El "Yo" es algunas veces un constructo mental, otras un constructo empírico, y en otras, ambos. Independientemente de esto, al "Yo" se le atribuye un papel central en la organización de la personalidad y de la conducta.

A fines del siglo XIX, se usaron conceptos como los de "Yo" o "Alma"; al analizar la personalidad. Al surgir la psicología conductual se pensó que estos términos eran poco científicos.

La teoría estructural en psicoanálisis, desarrollada por Freud en 1923, substituye a la teoría Topográfica en términos de sistemas o aparatos de la mente. En general las suposiciones de ésta teoría son:

a) Hay estructuras psicológicas, no solo se refiere al Ello, Yo y Super Yo, si no a aquellas proposiciones en relación a " aparatos " y modalidades , canales y umbrales de descarga de afectos y toda clase de regulaciones psicológicas.

b) Las estructuras son configuraciones, con cierta permanencia y su identidad en el tiempo permite diferenciarlas con otros procesos de cambio rápido(como la carga y descarga de la libido).

c) Las estructuras son configuraciones dentro de las cuales, entre las cuales y por medio de las cuales suceden los procesos mentales.

d) Las estructuras están jerárquicamente ordenadas y la cualidad de un proceso mental, depende del nivel de la estructura jerárquica en la cual toma lugar.

En 1921 en "Psicología de las Masas y Análisis del Yo", Freud sienta las bases para una conceptualización a nivel estructural de la psique, que finaliza en "El Yo y El Ello" (1923). Donde también formula la estructura del Ello.

El Yo se desarrolla a partir del choque con la realidad, y del contacto que el organismo establece con sus objetos; así también el proceso de identificación es una vía importante mediante la cual las catexias depositadas en el objeto perdido son recuperadas por el Yo. Este mecanismo sirve como explicación a la formación del Superyo, al carácter del Yo y quizá a toda su estructura.

La estructura yoica en su concepción original en 1923, ve al yo como un derivado del Ello, resultante del choque de este con la realidad, Freud concede gran importancia a la estimulación perceptual para el funcionamiento del Yo y señala: "La percepción es para el Yo, lo que para el Ello es el instinto" (Michaca, 1987)

Allport (1986) en su libro sobre personalidad marca como importante el hecho de ¿Cómo ve las cosas una persona?, ¿Quién es esta persona?, ¿Cómo logramos representar al individuo en su totalidad?, ¿Cómo logran diversos rasgos y mecanismos de adaptación sistematizarse y coordinarse?.

Allport, afirma que debe haber un componente unificador, que integre las percepciones y respuestas; considerando que el concepto del "Yo" (o Self) llena este vacío.

Para Allport, "El Yo proporciona a cada uno de nosotros el único criterio seguro de nuestra existencia e identidad personal".

Plantea que el logro de la conciencia del "Yo", se da a través de las experiencias. Así también considera que la conciencia y autoconciencia del "Yo" no se identifican. No toda experiencia posee referencia al "Yo", es decir, que algunas ocurren simplemente sin que el sujeto ligue la experiencia a sus intereses, sus recuerdos, y su vida personal. Concluye que para el desarrollo de la autoconciencia es necesario el reconocimiento de experiencias recurrentes (el sentido de la familiaridad). Además

de que existen ciertos símbolos que brindan puntos de fijación para la yoidad; el más importante de estos es el nombre propio.

"Las experiencias de dolor, frustración y en especial las de ridículo social engendran estados agudos de autoconciencia que dejan efectos permanentes" (Allport, 1986)

El sentido del "Yo" que tiene sus inicios en la infancia y se fortalece durante el periodo del Negativismo, continúa su desarrollo con la experiencia, con las complicaciones emocionales, las frustraciones y la comprensión. Durante la adolescencia se da un aislamiento típico, el sentido del "Yo" en esta época es sumamente agudo, lo que lo prepara para una mayor expansión posterior. Allport denominó a este proceso "Extensión del Yo".

Se considera importante ahondar en este punto, ya que se refiere a un proceso durante el cual personas, intereses culturales, ideas, política, hobbies, recreaciones y, como influencia más sobresaliente el trabajo, son factores que se incorporan a los intereses del "Yo", introduciéndolos en la yoidad misma. "Lo que uno ama se convierte en parte de uno mismo" (Allport, 1986)

Por otra parte (Hartmann, 1939) (Tomado de Michaca, 1987), plantea que no toda la estructura Yoica surge del conflicto entre la realidad frustradora y las necesidades instintivas como parecía señalar Freud. Hartmann además señala que el Ello como el Yo surgen de una matriz indiferenciada que da origen al Ello y al Yo en su choque con este y por otra parte las áreas libres de conflicto. Este concepto es una parte enargada de la percepción, memoria, motilidad, con potencial para adaptarse probable ambiente.

Hartmann se refiere a la adaptación a nivel psicológico en dos aspectos: En sentido amplio, que es la posibilidad de sobrevivencia como organismo y en sentido estrecho, tendencia a mantener la integridad del aparato psíquico, aunque esta implique la presencia de conductas atípicas.

La estimulación externa permite el funcionamiento de las áreas yoicas.

Pocos autores se han atrevido a afirmar que el Yo desde el nacimiento posee energías no comprometidas con los instintos siendo uno de ellos White (1970).

Michaca (1987) sugiere que existen tres variables que intervienen en la formación de la Estructura Yoica:

a) El choque entre las necesidades instintivas y la frustración de la realidad interna, que daría origen a la represión y al establecimiento de demoras internas.

b) El área de autonomía primaria, libre de conflicto, que permite el conocimiento de la realidad, las actividades motoras y la posibilidad de huellas mnémicas.

c) El área de relación con los objetos, que da origen al mundo interior, mundo representacional, incluidos tanto la representación del objeto, como la del Self y que influye notablemente en el modo de operación del área defensiva.

Hartmann (1939), considera que el Yo se va a definir más bien por sus funciones, quienes lo logran definir en una forma más acertada son Bellak y Hurvich (1970).

Área de Contacto con el Mundo Externo:

- 1.- Prueba de Realidad.
- 2.- Sentido de Realidad del Self y del Mundo.
- 3.- Juicio de Realidad.
- 4.- relaciones de Objeto.

Área de Control y Modulación de los Impulsos:

- 5.- Regulación y Control de Afectos e Impulsos.
- 6.- Función Defensiva.

7.- Regresión Adaptativa al Servicio del Yo.

Área de mantenimiento de la Estructura:

8.- Función Sintética Integrativa.

9.- Función Autónoma.

10.- Barrera de estímulos.

11.- Dominio y Competencia.

12.- Pensamiento.

En la primera área de contacto con el mundo externo, encontramos cuatro funciones, que pese a estar muy relacionadas entre sí, mantienen una cierta independencia, lo que permite describirlas por separado.

La prueba de realidad, esto es, la distinción entre el afuera y el adentro y la precisión con que opera el proceso perceptual, supone un desarrollo que se inicia en la confusión total y culmina en una clara diferenciación entre sujeto y objeto, entre la experiencia del yo y la experiencia del otro. Cuando Bellak propuso esta función, en 1973, la teoría de relaciones objétales apenas se esbozaba, así que la base de esta función fue dada a partir de la experiencia clínica: la despersonalización y la desrealización en la que se sugiere claramente la pérdida de la continuidad del Self, en su identidad, en su coherencia y en su capacidad de tolerar presiones externas o internas. Esta función explica el desarrollo del mundo representacional, del self y de los objetos, y, muy importante, de la posibilidad de distinguir conflictos que afecten la dimensión interno- externo o la dimensión self - objeto, en su representación o ambas.

Si una o las dos funciones anteriores presentan alteraciones, la consecuencia es que la tercera función, juicio de realidad, se va a ver alterada en cualquiera de sus dos vertientes: la anticipación,

la capacidad de prever las consecuencias de nuestras acciones y/o lo apropiado de nuestra conducta ante un contexto determinado.

La función de relaciones de objeto también está operando sobre dos dimensiones específicas; la primera, totalmente descriptiva, se refiere a la forma y calidad de las relaciones del Yo con los objetos externalizados e internalizados, mientras que la segunda de cuenta del grado de evolución intrapsíquica con las que se dan las relaciones de objeto. La función prueba de realidad va a depender, en mayor grado de el funcionamiento de las áreas de autonomía primaria, el sentido de realidad del Self y del mundo va a estar fuertemente condicionado por las vicisitudes de la relación de objeto temprana.

En la segunda área de control y modulación de los impulsos, nos adentramos a funciones que sin duda derivan del choque entre los deseos instintuales y la realidad frustrante. Estos se han de internalizar y estructurar como defensa, y como mecanismos de modulación de la descarga instintual y afectiva.

En cuanto a la tercera área de funciones yoicas, el mantenimiento de la estructura, incluye varias funciones de autonomía primaria y secundaria, que brindan la independencia de la estructura y su tolerancia a la presión. La función sintética integrativa, cuya función es reducir al máximo las incongruencias estructurales, reorganizando configuraciones que permitan la unidad estructural; la barrera de estímulos, primaria y secundaria, el dominio y competencia que aseguran mayor grado de control sobre la conducta adaptativa y el pensamiento, que permite una conducta más adaptativa y menos expuesta al fracaso.

Una vez conociendo la estructura y funciones del Yo podemos hablar de el concepto " Fuerza del Yo".

El concepto de Fuerza del "Yo", es relacionado por muchas teorías, con la autoestima y la adaptación emocional. Tomándolo también como un sistema de hábitos que sirve para adaptarse a la realidad, ante lo cual, infieren que un "Yo" débil es fácilmente influido por el ambiente, en tanto que un "Yo" fuerte cuenta con preceptos claros y realistas del "Yo" y del mundo externo.

Cattell (1965), considera que la Fuerza Yoica se puede describir como ausencia de emotividad infantil, preocupaciones excesivas, ansiedad, depresión, pensamiento no realista, y percepciones imprecisas.

Cabe hacer la observación de que en estos enfoques se sugiere que un "Yo" fuerte es el que percibe en forma realista el medio, valora correctamente sus impulsos y se relaciona positivamente con ambos.

Por su parte Symonds (Tomado de Esquivel, 1994) propone seis indicadores de la Fuerza del Yo:

- 1.- Tolerancia a la amenaza externa.
- 2.- Transacciones con los sentimientos de culpa.
- 3.- Capacidad de represión efectiva.
- 4.- Equilibrio entre rigidez y flexibilidad.
- 5.- Planeación y control.
- 6.- Autoestima.

Estos indicadores derivan del proceso básico del desarrollo de la personalidad.

De forma general el planteamiento de Symonds marca dos factores importantes para el desarrollo de la fuerza yoica, por un lado, la capacidad del individuo de sortear favorablemente las dificultades que el medio le plantea, y por otro, la influencia de un medio que brinde seguridad y apoyo.

Bellak (1956) plantea lo siguiente en relación a la Fuerza del Yo: Considera que un "Yo" débil se debe principalmente a alteraciones perceptuales, en especial entre la diferenciación de percepciones anteriores y actuales.

A lo largo del capítulo se observa que el "Yo" tiene que enfrentarse a una serie de cambios y adaptaciones, las cuales, se irán resolviendo favorablemente en parte, por su fortaleza.

La relevancia de lo anterior para este trabajo, radica en hacer conciencia de que el senecto, lógicamente ha atravesado por este proceso; y que el hecho de la jubilación, la independización de los hijos, pérdida de los seres queridos, la disminución de algunas capacidades; provoquen que se vea afectado su "Yo", creando posiblemente un sentimiento de vacío.

Diversos autores se han interesado en medir la Fuerza Yoica entre estos se encuentra Barron (1953), quien aisló un conjunto reactivos del MMPI que miden lo que él llama Fuerza del Yo; esta escala se consideró como la más viable para esta investigación, por lo que se creyó conveniente conocer las características generales de esta.

2.2. ESCALA FUERZA DEL YO (Es)

La Escala Fuerza del Yo del MMPI-2, fue construida por Barron en 1953, para predecir la respuesta de pacientes neuróticos en psicoterapia individual, y evaluar específicamente la capacidad de un individuo para beneficiarse de la psicoterapia individual. Los 68 reactivos fueron identificados empíricamente de los 566 reactivos del MMPI, contrastando las frecuencias de respuesta a los reactivos de 17 pacientes que se evaluaron independientemente con una mejoría notable después de 6 meses de psicoterapia, con las frecuencias de respuesta de otros 16 pacientes evaluados sin mejoría después del mismo tiempo de psicoterapia.

Los reactivos de la escala Es, tienen que ver con el funcionamiento físico, aislamiento, actitud hacia la religión, posición moral, adecuación personal y habilidad para el enfrentamiento, fobias y ansiedades.

Muchas investigaciones han tenido como fin el investigar la validez de la escala E's. La escala parece útil cuando se usa para predecir la respuesta de pacientes neuróticos a la psicoterapia individual breve de orientación psicoanalítica.

Barron considera a su escala como una forma de medir "fuerza latente del Yo", y de la "capacidad de integración" y que además provee una "estimación de la adaptabilidad y potenciales personales", así como "funcionamiento personal afectivo".

Tomando en cuenta lo anterior, se puede esperar que las personas con un puntaje elevado en esta escala, afronten las situaciones con gran responsabilidad personal, siendo más efectivas para resolverlas que las personas que puntúen bajo.

La manera en como Barron validó la escala fue de forma cruzada utilizando tres muestras de pacientes neuróticos para los que existía una real mejoría durante la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

Barron concluyó al encontrar que las puntuaciones de la escala anteriores a la terapia se relacionaban positivamente con la tasa de mejoría para las tres muestras, que esta escala Es útil para predecir el cambio de personalidad durante la psicoterapia. También informó que la confiabilidad por mitades de la escala para una muestra de 126 pacientes fue de 0.76 y que la confiabilidad Test-retest con intervalo de 3 meses entre exámenes fue de 0.72 para una muestra de 30 casos.

Posteriores intentos por validar la escala como predictor de la respuesta a la psicoterapia, han sido inconsistentes.

Muchos de los fracasos para reproducir el hallazgo de Barron, consisten en que las puntuaciones en la escala fueron relacionadas con el cambio después de la psicoterapia, utilizando después de la hospitalización y por tanto no representan una verdadera réplica del estudio.

Barron (1953) señala que la escala Es, en un principio había sido convertida a puntajes T con tablas normativas con las cuales se pueda comparar con otros puntajes de escalas y perfiles del MMPI.

En 1957 Hathaway y Briggs dieron a conocer puntajes promedio crudos (Hombres, 44.3; Mujeres, 40,2) y desviaciones estandar (Hombres, 6.2; Mujeres, 6.4) para la Escala Es de sus muestras " mejoradas" de adultos normales de Minnesota.

Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom (1972), hablaron sobre el valor inestable que tiene la muestra original de población normal de Minnesota , en el establecimiento de las bases del perfil del MMPI. Sin embargo, ha quedado demostrado que estos patrones de respuesta del MMPI de la población normal de adultos han cambiado considerablemente en los últimos 50 años desde que comenzó a trabajar con el MMPI (Colligan, Osborne, Swenson y Offord; 1983), lo anterior resultó ser importante en la evaluación de la Es en la misma forma.

Butcher (1989), considera que los cambios que se han dado en la escala Es (original de Barron 1953) en los últimos 30 años se deben probablemente a cambios en la educación, nivel socioeconómico y otros cambios sociales, más que a cambios en el nivel de salud mental, por tanto son necesarias nuevas normas para evaluar con los puntajes de Es a los miembros de la sociedad contemporánea.

2.2.1. INTERPRETACIÓN DE LOS PUNTAJES DE LA ESCALA FUERZA DEL YO

En 1989 Butcher, incluye la Es en la revisión de las escalas suplementarias para la versión del MMPI-2, que contiene 52 reactivos , como medida de adaptación, fortaleza, recursos personales y de funcionamiento eficiente e indicador de salud psicológica.

Los puntajes altos se asocian con espontaneidad, buen contacto con la realidad sentimiento de suficiencia personal y buen funcionamiento físico.

Dahlstrom y cols 1975, sugieren que cuando se presentan puntajes altos en la escala Es en personas que claramente tienen dificultades pero las niegan , estas pueden no ser predictivas de un resultado favorable del tratamiento. Sin embargo para personas que admiten sus problemas emocionales pueden sugerir una respuesta favorable. La puntuación Es y el resultado del tratamiento no se relacionan tan simplemente , ya que se deben de tomar en cuenta el tipo de paciente , tipo de tratamiento y experiencia , entrenamiento y orientación del terapeuta.

La Escala Es puede considerarse como un índice general de adaptación psicológica, considerándose las puntuaciones altas como adaptaciones de tipo más favorable. Se encuentran puntuaciones bajas en esta escala en pacientes psiquiátricos en comparación con personas que no sufren desordenes mentales.

Se ha encontrado que la puntuación es más elevada en los pacientes neuróticos que en los psicóticos, sin embargo la escala no puede utilizarse con fines de clasificación diagnóstica más específica.

Las personas que ofrecen una puntuación elevada de la Es ($T \Rightarrow > 70$) se caracterizan por falta de psicopatología crónica, son estables, responsables, confiables, tolerantes, carentes de prejuicios; están alertas, les agradan las aventuras; son decididas y persistentes; tienen confianza en sí mismas, son verbales, sociables e inteligentes; poseen recursos internos; son independientes y adaptadas; tienen sentido de seguridad y de realidad, se relacionan afectivamente con los demás, crean buena impresión desde un principio; logran aceptación por parte de los otros; tienen intereses bien desarrollados. Los hombres presentan conducta apropiadamente masculina, hostil, rebelde con figuras de autoridad, son competitivos, sarcásticos, cínicos; buscan ayuda debido a problemas situacionales y pueden tolerar confrontaciones en psicoterapia.

Así mismo, Barron (1953); Dalhstrom y Welch (1960); Goody, Branther (1961); Dalhstrom y Cols (1975); sugieren que las personas con puntuación baja en la Es se caracterizan por tener un pobre concepto de sí mismas, se sienten inútiles, desprotegidos, incapaces de ayudarse así mismas; se muestran confusas, presentan malestares físicos y fatiga crónica; padecen temores y fobias, son solitarios, se relacionan muy poco con los demás.

Estos sujetos son por otra parte inhibidos, desadaptados. muestran actitudes estereotipadas y son poco originales en la solución de sus problemas; tienen creencias religiosas rígidas, son estrictos y moralistas. Los hombres presentan conducta afeminada; exageran sus problemas en búsqueda de ayuda, su experiencia de trabajo es muy limitada; tienen problemas de naturaleza caractereológica, no situacional; expresan buenas intenciones de cambiar en psicoterapia pero no lo logran, no actúan, no buscan como mejorar.

En general las personas con puntuaciones bajas no se encuentran bien integradas; psicológicamente son personas con problemas crónicos de adaptación, los recursos internos de estas personas para enfrentarse a sus problemas son extremadamente limitados y por esta razón el pronóstico en psicoterapia no es muy alentador.

Por otra parte, las personas que ofrecen una puntuación elevada, tienen personalidad bien integrada, los grupos no psiquiátricos están exentos de problemas emocionales serios; entre los que tienen problemas emocionales una puntuación elevada en la Es sugiere que sus problemas son más bien situacionales que crónicos, cuentan con recursos personales internos para resolver sus problemas y el pronóstico en psicoterapia es bueno.

De los estudios realizados por Barron, Dahlstrom, Good y Brantner (Butcher, 1989), se puede señalar que las personas con puntuación elevada en esta escala, presentan más cambios positivos durante un tratamiento, que las que tienen puntuaciones bajas, sin embargo, la relación entre las puntuaciones Es y el pronóstico del tratamiento no es fácilmente interpretable, ya que deben tomarse en cuenta una serie de variables. Las personas que obtienen puntuaciones altas tienden a una aceptación psicológica más adecuada, son más capaces de enfrentarse a sus problemas y a la tensión de la vida que las personas que ofrecen una puntuación baja.

2.2.2. EDAD, SEXO, ESCOLARIDAD Y PUNTAJES.

La puntuación de la Escala Es se correlaciona positivamente, con el nivel de inteligencia y la escolaridad (Wirt, 1955; Tamkin y Klett, 1957) (Tomado de Ampudia, 1994).

En cuanto a la variable sexo, se observa que los hombres ofrecen puntuaciones más elevadas que las mujeres, debiéndose esto tal vez a que la mujer admite con mayor espontaneidad sus problemas en comparación a los hombres (Distler y Cols, 1964). Por otro lado se observa también que algunas de las frases de Es contienen ideas relacionadas con la identidad masculina (Holmes, 1967).

No se encuentra vínculo alguno entre la puntuación de la escala y la edad, pudiendo esperarse que la edad diese mayor fuerza y oiga (Getter y Sundland, 1962); sin embargo es obvio que entre personas de avanzada edad la escala ofrezca puntuaciones bajas (Tamkin, Klett, 1967)

Al analizar los puntajes de la escala Es evaluados a partir de su relación con la edad estos fueron tanto para hombres como para mujeres en el total de la muestra de la población normal diferentes para cada grupo de edad. En los hombres se observó una caída gradual de los puntajes en la Es a partir de los 40 años.

En el grupo de edad de 18 a 59 años en las mujeres se observó que los puntajes se elevan significativamente a la edad de 30 años (Colligan, Swenson, 1983).

Las medias, desviaciones estandar y correlaciones de Pearson, entre la Fuerza Yoica y los estilos de afrontamiento, aunque bajas, son consistentes con lo esperado. Más que buscar ayuda profesional, los sujetos con alta Fuerza del Yo tendían a confiar más en sus recursos personales que los que puntuaban bajo en la escala. La tendencia en los hombres es analizar el problema y tomar una acción directa para resolverlo. Las mujeres altas en Fuerza Yoica, tendían al uso del escape, buseando otro tipo de distracciones. Las muy bajas, se afrontaban por medio del soñar despiertas o simplemente siendo inefectivas. Los recursos personales de afrontamiento parecen claramente más limitados para la gente con baja Fuerza Yoica. Las diferencias encontradas en el afrontamiento para hombres y mujeres altos en Fuerza del Yo, no fueron anticipadas. Tal vez sucesos relacionados con tensiones o depresión de los cuales la mayoría de los hombres tenían en mente cuando estaban completando la medida de afrontamiento, permitían la posibilidad de acción directa y resolución, mientras que aquellos que las mujeres tenían en mente, no lo permitían.

Colligan y Swenson (1983) concluyeron que el MMPI es ambiguo y que los patrones de respuesta en personas normales han sufrido cambios significativos en los últimos 50 años desde que este fue desarrollado. Si se sigue utilizando en la práctica clínica la Es, la forma en como los adultos de los 90's respondan a los reactivos deberá ser investigada y evaluada para grupos de diferente edad y sexo. Los datos derivados a partir de una muestra normal contemporánea y con nuevas tablas normativas para la Es basadas en una muestra comparada con un censo contemporáneo de hombres y mujeres normales, podrían aportar también información referente al impacto de la edad y el sexo en la Escala fuerza del Yo.

Butcher (1989) presenta nuevas tablas normativas para la Es las cuales están basadas en una muestra normativa contemporánea de adultos normales, en la que observa cambios asociados a variables de edad y sexo.

Aún cuando los artículos de Barron (1953, 1956), acerca de la derivación de una escala Fuerza del Yo apartir del MMPI, aparecieron hace más de 40 años, dicha escala aún hoy día sigue siendo una de las que con más frecuencia se usa de las escalas suplementarias del MMPI. (Graham, 1987; Greene, 1989;) y en la actualidad en el MMPI-2.

2.3.ANTECEDENTES

Brian Lake, en su artículo publicado en el British Journal of Psychiatry (1985) , titulado "Concept of ego strenght in Psychoterapy" , en el cual realiza una revisión de las implicaciones psicoterapéuticas y teóricas de este concepto.

La Fuerza del Yo, es considerada y utilizada , según Brian, como un predictor importante de los resultados de la psicoterapia. Dentro del campo de la Salud Mental, señala el autor que muchos clínicos no están completamente de acuerdo con las diferentes definiciones de éste, ya que Ego, Yo, Self, Identidad, son términos que algunos clínicos utilizan como sinónimos.

Plantea también que el concepto Fuerza del Yo, varía desde la perspectiva teórica en que te apoyes para definirlo, comenta que en el caso de Freud, desarrolla el Concepto de Yo, de su estructura y función, desde sus primeros trabajos y brinda una definición implícita donde el Yo tiene la capacidad de percibir y aceptar la realidad.

Comenta que Adler, por su parte, brinda primacía al Yo sobre la libido, sin embargo, poco utiliza el concepto. Por otro lado para Erikson, el Yo es visto como sujeto y organismo central y el Self como objeto.

Desde las teorías Objétales , según Brian , Klein y los PostKleinianos , consideran que la Fuerza del Yo y el Self son equivalentes y no brindan importancia a la diferenciación entre estos. Así también revisa el modelo de Fairbain , el cual plantea que la Fuerza del Yo depende de cual estructura del Yo es la que predomina , plantea que un niño nace con una unidad Yoica esencial , pero que las experiencias de frustración provocan que se separe en tres estructuras el Yo; una central , el Ego Consciente, relacionado con la aceptación de otros (objetos); el Ego libidinal y el Ego Antilibidinal.

En este modelo la Fuerza del Yo está relacionada con el grado en que éstas estructuras se reintegran y se muestran en la práctica, como la habilidad individual de aceptarse a sí mismo y a otros.

Como se puede observar en el trabajo de Brian, el Yo, su fuerza, estructura y función, es un fenómeno complejo que implica un análisis profundo.

La American Journal of Psychotherapy, publicó en el año de 1991 "Internations Between Ego Functions and Personality Traits: Their Relation to Psychotherapy Outcome", cuyos autores son Hope, R; Plutchick, R. y otros. El objetivo de este estudio fue explorar las relaciones entre las funciones del Yo, cuatro de las doce que plantea Bellak: Función Sintética, la que refleja el grado en que el individuo es capaz de integrar las actitudes contradictorias, los afectos y la conducta; Función de Competencia, refleja la forma particular en que se relaciona con él mismo y con su medio ambiente; Función de Juicio, se refiere a la habilidad para anticipar las consecuencias y brindar una respuesta adecuada a la situación; Fuerza del Yo y los rasgos de personalidad: aceptación, sumisión, pasividad, depresión, agresión, acertividad y sociabilidad. Así mismo determinar cuales funciones del Yo y cuales rasgos de personalidad predicen los resultados en psicoterapia.

Los resultados reportan una alta correlación entre la Función Sintética Integradora, Competencia y Fuerza del Yo, con las características de la personalidad mencionadas. Así también los resultados sugieren que los mejores predictores de éxito en psicoterapia son las Funciones de Competencia y la Fuerza del Yo. Finalmente sugieren que la combinación de los reactivos de estas tres funciones, permiten contar con un predictor más sensible para la psicoterapia.

Schill y Thomsen (1987), Schill y Shiraz (1988); Schill y Wong (1990) realizaron una investigación con la Escala Fuerza del Yo de Barron para identificar la ira y hostilidad; los sujetos fueron 69 hombres de entre los 18 y 24 años con una media de 19 años, su participación fue uno de los requisitos del curso de Psicología Introductoria. Los sujetos fueron estudiantes de los primeros semestres de Psicología, principalmente del segundo año de la carrera, de la clase media o más alta. En grupos de 20 a 25 alumnos se les aplicó la Escala Fuerza del Yo de Barron, la Escala de Rasgos de Ira de Spielberg y el Inventario de Hostilidad de Buss y Durkee (1957), un componente actitudinal de hostilidad (resentimiento y suspicacia) y un componente motor (ataque, hostilidad indirecta, irritabilidad y hostilidad verbal). En el estudio el puntaje para ambos factores fue calculado.

Una baja Fuerza del Yo, se asocio con enojarse fácilmente, abrigar actitudes hostiles. Estos datos apoyan la idea de que la Escala mide una amplia capacidad para lograr una buena integración de la personalidad, incluyendo el control de la ira y hostilidad.

Colligan, Osborne, Swenson, y Offord (1984), en un estudio establecieron una muestra normativa para el MMPI original.

Cuando las respuestas al MMPI de la muestra del censo comparado fueron equiparadas con aquellas del grupo normativo original (Hathaway y Briggs, 1957) se encontraron diferencias estadísticamente significativas y clínicamente relevantes en todas las escalas clínicas del MMPI. Los cambios fueron grandes tanto para hombres como para mujeres. Además los cambios relacionados con la actualización del instrumento fueron evidentes en casi cada escala.

Los cambios que se han dado en la Escala Fuerza del Yo, como lo define Barron (1953) en los últimos 30 años, se deben principalmente a una gran cantidad de estudios con el MMPI, en donde los puntajes han sido superiores para las escalas básicas (clínicas y de validez), pero para la Escala Fuerza del Yo , se deben probablemente a cambios en la educación, status socioeconómico y otros cambios sociales, más que a cambios estrictos en el nivel de salud mental. En consecuencia, son necesarias nuevas normas para evaluar con los puntajes de la Escala Fuerza del Yo a los miembros de la sociedad contemporánea (Butcher,1989).

Colligan y Swenson (1984) concluyen que el MMPI es ambiguo y que los patrones de respuesta en personas normales han sufrido cambios significativos en los últimos 50 años desde que el MMPI fue desarrollado. Si la Escala Fuerza del Yo se sigue utilizando en la práctica clínica , la forma en la cual los adultos de los noventas respondan a los reactivos de la escala debe ser investigada y evaluada para grupos de diferente edad y sexo.

Los datos derivados a partir de una muestra normal contemporánea y con nuevas tablas normativas para la Escala Fuerza del Yo basadas en una muestra comparada con un censo contemporáneo de hombres y mujeres normales, podrían aportar también información referente al impacto de edad y sexo en la Escala Fuerza del Yo.

Butcher (1989) presenta nuevas tablas normativas para la escala basada en una muestra normativa contemporánea de adultos normales, en la que observa cambios asociados a variables de edad y sexo.

Dentro de las escalas suplementarias del MMPI-2, se conservó la Escala Fuerza del Yo (Es). Sin embargo en el proceso de revisión se omitieron 12 reactivos originales. " El alcance de la nueva versión del MMPI-2, para evaluar las características medidas por la escala original aún no han sido determinadas. Por lo anterior el uso de esta escala debe considerarse como experimental hasta que pueda avalarse su poder predictivo con investigaciones empíricas. " (Butcher, 1991) (Tomado de Esquivel, 1993).

Como parte de la Investigación del MMPI-2 (Lucio, Reyes; 1992), en el Depto. de Psicología Clínica de Postgrado de la Facultad de Psicología , U.N.A.M., la Maestra Ampudia Rueda, trabajó con la Escala Fuerza del Yo en población universitaria. Así mismo la Maestra Esquivel Aneona realizó en trabajo de " Modelo de Psicoterapia Breve en la Tercera Edad ", para lo cual utilizó la escala Fuerza del Yo del MMPI-2, en la creación de un cuestionario que pudiera evaluar la Fuerza Yoica de las personas que asisten a Clubes de la Tercera Edad. Sin embargo como concluye la autora " Los resultados de este trabajo deberán ser tomados con reservas, ya que se encontró que la Escala Fuerza del Yo del MMPI- 2 , no esta adaptada para personas mexicanas de la tercera edad " .

En México sólo existe el estudio con Escalas Suplementarias realizado por la Maestra Ampudia Rueda (1994) , siendo este un estudio exploratorio , cuyo objetivo era conocer el comportamiento de dichas escalas , básicas y de validez del MMPI-2 versión español (Lucio, Reyes, 1992) y el rendimiento académico alto, medio y bajo de un grupo de estudiantes universitarios de las carreras de la facultad de Ciencias y la Escuela de Artes Plásticas de la U.N.A.M.

la discriminación con variables de personalidad o académicas y el análisis de otras variables combinadas, han sido utilizadas para hacer predicciones en grupos de estudiantes utilizando el MMPI. Sin embargo no existen en México, estudios que relacionen variables de personalidad y rendimiento académico de los estudiantes con el MMPI-2 en español. Este tipo de estudios permiten también actualizar y hacer una revisión del instrumento que evalúan la personalidad como lo es el MMPI-2 versión en español (Lucio, Reyes; 1992) , cuyo uso es reciente en México.

Los resultados obtenidos en dicho estudio indicaron que no existen diferencias significativas entre las escalas suplementarias , clínicas básicas , de validez y el rendimiento académico de los estudiantes excepto en la escala de dominancia . En un segundo análisis los puntajes fueron tratados a través de un análisis de varianza para observar que tanto diferían o no por género y promedio en relación al rendimiento académico alto, medio, bajo . de las escalas suplementarias , clínicas básicas y de validez.

" La conclusión a la que se llega en relación a estos resultados es que el utilizar este tipo de instrumentos permite observar diferencias principalmente en los puntajes de la media, que refieren características de personalidad entre grupos de calificaciones . Sin embargo el no encontrar diferencias estadísticamente significativas principalmente por promedio, se debe probablemente al sistema de calificaciones utilizado al evaluar a los estudiantes . Es necesario, por lo tanto considerar poblaciones más grandes con otros criterios a fin de estudiar que factores pueden determinar el alto, medio y bajo rendimiento del estudiante ". (Ampudia,R.1994)

CAPITULO III: MMPI Y MMPI-2

3.1. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD Y MMPI, MMPI-2

La forma como se ha intentado alcanzar una descripción de la estructura de la personalidad, se ha constituido en la evaluación de la misma.

Sobresalen dos enfoques claramente diferenciados de la evaluación.

El primero, más tradicional, consiste en una evaluación desde una teoría y el segundo, más contemporáneo, representa una evaluación empírica.

En la evaluación a partir de la teoría, se presupone que la personalidad constituye la variable intermediaria, el nexo de unión entre el estímulo y la respuesta observable.

En la evaluación empírica de la personalidad, se considera que cada elemento que constituye un reactivo de la prueba, es una muestra de conducta descrita mediante el lenguaje, su presentación escrita u oral, determina las respuestas que permitirán agruparlos en vectores que representan diferentes clases o rasgos de personalidad.

Descriptivamente se ha utilizado la denominación de Personalismo para referirse a las teorías basadas en determinantes internos. El Personalismo, es considerado como aquella corriente, sobre la personalidad, que abarca desde las tipologías; pasando por los conceptos de psicología dinámica, hasta los rasgos o factores rasgo de los investigadores de análisis multivariante.

Para la psicología de los rasgos, la personalidad no es un constructo hipotético, sino es una variable de reacción, es decir, la causa de la energía con fuerza manifiesta en la conducta observada.

Las teorías cuyo enfoque está centrado en el estudio de los rasgos, utilizan métodos estadísticos de control para definir , o tratar de hacerlo, aquellas características de la personalidad que son comunes o se comparten con un determinado grupo social, utilizan para ello un gran número de dimensiones y/o factores.

Considerando los anteriores aspectos,(Cueli; Reild L.,1972), retoman la postura de Hilgard, Atkinson en el sentido de que se puede describir una personalidad por su posición en un número determinado de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo. Para soportar estas afirmaciones, se hace necesario un instrumento psicológico que mida y evalúe rasgos previamente definidos en un grupo determinado de sujetos que funcionen como norma estadística, y que al ser aplicado a un sujeto específico se puede establecer que tanto posee de algún rasgo en particular. El individuo es descrito cuantitativamente en relación a los rasgos comparado con otros sujetos. El resultado de estas comparaciones puede ser una gráfica denominada psicograma, dependiendo del instrumento utilizado.

Un ejemplo bastante utilizado de un instrumento que mide rasgos de personalidad es el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI) y su versión revisada MMPI-2.

Por otra parte Allport (1961), plantea que la personalidad está constituida por rasgos, algunos de ellos únicos y otros comunes y se encuentran en mayor y menor grado en todos los seres humanos; y que para comprender en su totalidad la personalidad , es necesario considerar las semejanzas entre los individuos y las características únicas de cada persona en particular.

La teoría de Allport puede considerarse como ideográfica por la importancia que da al estudio de caso, y nomotética porque afirma que en cada persona existen rasgos comunes en mayor o menor grado al de los demás.

Allport considera que la autobiografía, los documentos personales y fuentes similares de información, son tan apropiadas como las técnicas cuantitativas para el estudio de la personalidad.

Allport, en 1961, define el rasgo como " un sistema neurológico (peculiar al individuo) generalizado y localizado, con la capacidad de convertir funcionalmente muchos estímulos en

equivalentes y de iniciar y guiar formas similares de conducta expresiva y adaptativa ⁴ (Cueli, et. al.,1972).

Rasgo y actitud son predisposiciones a determinados tipos de respuesta, la diferencia radica en que mientras que la actitud se vincula a una o varias clases de objetos específicos, el rasgo es más general en su relación con un número mayor y más variado de objetos.

En cuanto al tipo, Allport considera que es un constructo hipotético utilizado por la investigación con el fin de encuadrar a un individuo, con lo que se pierde su identidad particular ; y con el rasgo se puede llegar a representar la individualidad de un sujeto.

La actitud es más particular que el rasgo, y éste menos general que el tipo. de esta manera, se clasifican a los rasgos en comunes y los individuales.

Para Allport (1961) esta diferenciación de rasgos comunes e individuales no significa que todas las personas presenten rasgos idénticos, ya que no obstante de existir rasgos con estructuras similares, siempre se presentarán factores únicos que harán que tales rasgos operen de diferente forma en cada individuo.

Con este tipo de afirmaciones , trata de no dejar de lado la influencia que el ámbito socio - cultural mantienen con el hombre y que índice con la manifestación conductual de los rasgos ; por lo que explica que los individuos desarrollan un número limitado de modos de ajuste aproximadamente comparables.

Cueli, et. al. (1972), añaden que sólo el rasgo individual es una verdadera característica porque los rasgos se dan siempre en los individuos y no en la comunidad y se desarrollan y generalizan hasta llegar a ser disposiciones dinámicas de modos únicos que varían de acuerdo con las experiencias de cada sujeto .

También refieren que para Allport el estudio de los rasgos comunes tiene una utilidad toda vez que éstos no sean considerados como aspectos definitorios exclusivos de la individualidad de la persona.

Lo anterior concuerda con lo expresado por otros autores en lo que respecta a el análisis de la personalidad de un individuo. Rivera (1991), en las consideraciones que hace de la aplicación del MMPI y su interpretación , advierte que las características de una autodescripción deben considerarse como base en sus relaciones internas , como en la posibilidad de que sean comparadas con los resultados estadísticos obtenidos del estudio de un grupo.

Otra clasificación que hace Allport (1961) en términos del entendimiento de los rasgos es la siguiente:

1. Cardinales: es extremadamente dominante, y la persona puede ser fácilmente identificada por él.
2. Centrales: son las tendencias características de lo individual y se pueden inferir.
3. Secundarios: son muy esporádicos en su manifestación, con poco efecto en la conformación de la personalidad y fáciles de determinar.

Además parte del supuesto de que los rasgos , además de dirigir y guiar la conducta, también incitan o sirven para darle inicio. De esta manera, existen factores y / o que funcionan como disparadores del rasgo, de tal forma que el individuo busca el contacto con ellos a fin de poner en acción la actuación del rasgo que posee.

Las regularidades y consistencias en la forma de conducta de un individuo. permiten conocer un rasgo.

La teoría de Allport brinda gran importancia a las esperanzas, ambiciones, deseos, planes y motivaciones orientadas a un objetivo determinado; estas influyen en la dinámica y desarrollo de la personalidad, por lo que conefuye que la personalidad se va desarrollando a través del tiempo, la historia y las experiencias personales.

De esto se deduce que los rasgos y los motivos originales o primeros en surgir van cambiando a través del tiempo; es decir van apareciendo nuevos de acuerdo a las metas futuras del sujeto.

Se ha observado que de acuerdo a esta teoría, la personalidad de un adulto es otra y totalmente distinta a la de su etapa infantil. En la etapa adulta, el funcionamiento de los rasgos es en buena parte, consciente y racional, es decir, que la persona " sabe " lo que hace y por qué lo hace. Para Allport (1961), la conducta del individuo adulto es parte de un patrón congruente y está al servicio del Yo y además surge a partir de las motivaciones que lo orientan a metas y objetivos futuros. Así, agrega que no es posible tener entendimiento completo del adulto sin que exista una gráfica de sus metas y aspiraciones.

Esta consideración del autor debe de ser tomada con precaución, ya que hace pensar que el individuo sabe conscientemente el por qué se comporta como lo hace, hacia dónde y con que intensidad, lo cual no es completamente cierto y podría representar una generalización que lleve a cuestionamientos poco adecuados.

Muchas de las investigaciones realizadas en este campo se han basado en los conceptos de rasgos como constantes de la personalidad, ya que se puede describir a una persona por su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo(Cattell, 1965).

Cattell, desarrolló su teoría de la personalidad, tomando también como unidad estructural, el concepto de rasgo.

Cattell se decide por la contraposición dicotómica de los rasgos, por estimar que se gana en claridad y precisión. divide los rasgos en comunes, si se hayan presentes en todos los sujetos y específicos si son poseídos por un individuo solamente.

Distingue además, rasgos superficiales y originales. Los superficiales son llamados así, en contraposición a los originales, porque la semejanza entre ellos no supone ninguna inferencia respecto a unidades subyacentes que los unifiquen y, por lo tanto, son observables directamente. Los rasgos superficiales se presentan en grupos y se supone que si descubrimos uno de estos rasgos, es probable que los demás del grupo aparezcan también.

Los rasgos originales o rasgos fuente, son menores que los superficiales; subyacen a estos y determinan características superficiales de la personalidad. Los rasgos superficiales se derivan de los rasgos originales y representan la base de la estructura de la personalidad (Cattell, 1965).

La finalidad que se propone Cattell es identificar los rasgos originales, pues de su conocimiento dependen la comprensión de la personalidad y la predicción de la conducta del individuo.

Los rasgos originales, pueden dividirse en ergios o disposiciones psicológicas innatas mediante las que el individuo reacciona ante determinados objetos o situaciones; y en metaergios o rasgos de naturaleza ambiental que son disposiciones psicológicas aprendidas.

El enfoque de Cattell es probablemente el modelo que mejor ejemplifica la teoría de los rasgos de la personalidad. Cattell elaboró el test de los 16 factores de la personalidad, en 1957, siendo este un test autodescriptivo que permite medir 16 rasgos originales de la personalidad a fin de evaluar y predecir el comportamiento individual de los sujetos.

Existe una gran cantidad de pruebas psicométricas para la evaluación de tipos, rasgos y motivos de la personalidad; algunos como los unidimensionales sólo miden una variable para producir un puntaje único, y otros llamados multidimensionales, miden muchas variables para producir varios puntajes.

Pruebas como el MMPI surgidas de la psicopatología, posteriormente han sido aplicadas en la evaluación de rasgos de la personalidad y por ser un instrumento autodescriptivo con un nivel de medición intervalar, permite en efecto evaluar los rasgos de personalidad desde dos ángulos; cualitativa y cuantitativamente.

La parte cuantitativa proporciona información tanto de la severidad con la que un rasgo se acentúa en la personalidad, como sobre la comparación de las características de un sujeto con otros de su mismo grupo o de otros grupos sociales. El aspecto cualitativo del inventario debe interpretarse sobre la base de los elementos clínicos y psicodinámicos que proporcionan cada una de las escalas y de las combinaciones con que se relacionan.

3.2. DESARROLLO DEL MMPI, MMPI-2.

La investigación que condujo a la construcción del Inventario Multifásico de la Personalidad se inició en 1939. El propósito de los autores era crear un instrumento multidimensional objetivo que ayudará a la identificación de rasgos psicopatológicos de los pacientes psiquiátricos " y como método para determinar la severidad de sus condiciones"(Hathaway, Mc Kinley, 1981).

El MMPI, se ha traducido al español en diferentes lugares. En México el Dr. Rafael Nuñez y el Dr. Abelardo Mena, trabajaron en una edición Latinoamericana , contando con la colaboración de un psiquiatra del Perú y otro de Argentina; posteriormente el material revisado y adaptado por Nuñez fué publicado en 1967.

Esta prueba incluye una serie de escalas denominadas suplementarias las cuales se han venido investigando y considerando importantes en la interpretación de ésta. Dentro de las escalas suplementarias se encuentra la escala Fuerza del Yo (Es), desarrollada por Barron en 1953, quien la utilizó específicamente para evaluar y predecir la reacción de pacientes neuróticos ante la experiencia de la psicoterapia individual.

Retomando a S.R. Hathaway, citaremos como se refiere a su labor: "... realmente es mi deseo que en los próximos años seamos capaces de acumular experiencias básicas surgidas de la investigación de estos cuestionarios para que, ayudados con las escalas recientes y las originales, podamos aprender más acerca de la personalidad y de su evaluación".

Así como Hathaway otros psicólogos se han mostrado interesados en la investigación de la personalidad. En 1980 James N. Butcher comenzó a trabajar en un sistema de puntaje e interpretación del MMPI automatizado.

En 1982 en Estados Unidos se organizó un comité de reestandarización del MMPI, formado por Butcher , Dalthstrom y Graham. La forma revisada de la prueba es el MMPI-2; se publicó en 1988 y conservó las características empíricas y teóricas de la aplicación e interpretación del instrumento original.

Los cambios efectuados comprendieron el establecimiento de nuevas formas derivadas de aplicación experimental del MMPI-2 en una muestra nacional y el desarrollo de puntuaciones T uniformes, así como la eliminación de algunos reactivos, reelaboración de otros y el desarrollo de nuevas escalas suplementarias. Han sido diversas las investigaciones realizadas con el MMPI y el MMPI-2, lo cual apoya el desarrollo en su conocimiento se le ha concedido una gran importancia como herramienta por ser el inventario más completo de personalidad creado hasta nuestros días, para la evaluación psicológica de la personalidad. Actualmente existe en uso varias versiones del MMPI en lenguas extranjeras y se están realizando muchas traducciones del MMPI-2; al Español, Tailandés, Noruego, Vietnamita, Chino, Alemán, Japonés, Ruso, Hebreo, e Italiano. (Ben-Porath, Butcher, 1988).

Hoy día continúan las investigaciones con el instrumento ya que se ha considerado una valiosa herramienta metodológica para la detección de síntomas y características de personalidad; gracias a que posee muchos elementos en cuanto a su validez y a la confiabilidad del mismo, lo cual contribuye a la confianza del profesional en la utilización de este inventario.

El proyecto de Reestandarización del MMPI, fue llevado a cabo con la intención de mantener la continuidad de este con su revisión. Esto asegura que la base considerable de investigaciones acumuladas desde su publicación , fuera relevante para la nueva versión.

La mayoría de los cambios fueron sutiles , y fueron hechos con el objetivo de preservar el significado original de los reactivos pero usando un lenguaje más adecuada y contemporáneo. Se recogieron y analizaron datos para asegurar que los cambios no tenían un efecto significativo en el patrón de la elección de respuesta, (Ben- Porath y Butcher, 1991). En el cuadro 3 se presenta una comparación entre el MMPI y MMPI-2.

CUADRO 3: COMPARACION ENTRE MMPI Y MMPI-2

MMPI ORIGINAL	MMPI-2
Incluye 566 reactivos	Incluye 567 reactivos
Contiene 16 reactivos repetidos	No tiene reactivos repetidos
Contiene varias áreas de contenido inconveniente: preferencia sexual, religión, funcionamiento intestinal y urinario. El estilo del lenguaje de algunos reactivos es anticuado.	Se eliminaron los reactivos inconvenientes y anticuados. El lenguaje de alrededor del 14% de los reactivos se modernizó.
Numerosos reactivos que no se puntúan ni se utilizan.	Se eliminaron aquellos reactivos que no se utilizaban . se sustituyeron con nuevos reactivos que se refieren al suicidio, el abuso de drogas y alcohol, la conducta Tipo A, las relaciones interpersonales y la disposición al tratamiento.
Contiene 4 escalas de validez: L, F, K, ?.	Contiene 7 escalas de validez: L, F, K, Fp); dos escalas de Consistencia de respuestas INVAR e INVER.
Contiene 10 escalas básicas: Hs, D, Hi, Dp, Mf, Pa, Pt, Es, Ma, Is.	Contiene 10 escalas básicas casi idénticas a las del MMPI original: Hs, D, Hi, Dp, Mf, Pa, Pt, Es, Ma, Si. La diferencia es que algunos reactivos con contenido poco conveniente fueron eliminados de las escalas: F, Hs, D, Mf, y Si.
La corrección K se debe agregar a las escalas H, Dp, Pt, Es y Ma.	La corrección K se agrega a las escalas Hs, Dp, Pt, Es y Ma.
El rango de edad para la muestra normativa fue de 16-65 años	El rango de edad para la muestra normativa fue de 18-84 años.
Evalúa problemas en relación al consumo de alcohol y drogas: Contiene la escala Mac, de 49 reactivos.	Evalúa problemas en relación al consumo de alcohol y drogas: Contiene la escala Mac revisada, de 45 reactivos. Se eliminaron cuatro reactivos inconvenientes , que fueron sustituidos por cuatro reactivos nuevos, los cuales a diferencian empíricamente entre pacientes psiquiátricos. Se desarrollaron dos nuevos indicadores de abuso de sustancias: La ETA (escala de Tendencia a la Adicción) y la ERA (escala de Reconocimiento de Adicción).
Cuando se analizan factorialmente las 13 escalas de Validez y Estándar, emergen, por lo general , 4 factores: A,R, Mf, Si.	Cuando las escalas de Validez y Básicas del MMPI-2, se analizan factorialmente emergen los mismos 4 factores y en igual magnitud: A,R, Mf, Si.
Se dispone de las Subescalas Harris- Lingoes, las cuales aportan hipótesis basadas en el contenido de los reactivos para la interpretación de las escalas Clínicas.	Se dispone de las Subescalas Harris- Lingoes para el MMPI-2.
Se dispone de las Subescalas Serkownec para la escala Si, las cuales sirven para desarrollar hipótesis basadas en el contenido de los reactivos.	Se dispone de nuevas Subescalas para formular hipótesis acerca del contenido de los reactivos para la escala Si.

En el MMPI se dispone de frases significativas obtenidas empíricamente por Koss y Butcher.	Las frases significativas de Koss- Butcher se conservan prácticamente intactas en el MMPI-2. Además a dos grupos de reactivos (Depresión- Suicidio y Alcohol- Crisis) se les agregaron 4 reactivos a cada uno, con base en nuevos análisis empíricos.
Las escalas de Contenido de Wiggins constituyen una medida psicométricamente sólida de el contenido de las respuestas de los sujetos.	Se desarrolló un nuevo grupo de 15 escalas de Contenido para evaluar las principales dimensiones de contenido de los reactivos con una base racional y estadística, poseen indicadores altamente confiables y válidos de las principales áreas de contenido en el MMPI-2.
Las normas del MMPI original estuvieron basadas en 724 visitantes del hospital de la Universidad de Minnesota y algunos grupos especiales, como por ejemplo los trabajadores del CCC.	La muestra normativa del MMPI-2 fue obtenida aleatoriamente de varios estados: California, Minnesota, Carolina del Norte, Ohio, Pennsylvania, Virginia y Washington. Fueron incluidos un total de 1138 hombres y 1462 mujeres.
El nivel educativo promedio de la muestra original era de octavo grado.	El nivel educativo promedio fue de 13 años, similar a los datos del censo de Estados Unidos de 1980.
La omisión de reactivos era permitida y , de hecho , promovida en la recolección de los datos del MMPI original lo cual producía altos puntajes de "No puede decir". Estos provocaba puntajes promedio menores en el grupo normativo original, comparados con las muestras más recientes, en las cuales se promueve no dejar reactivos sin responder.	En el MMPI-2 se promueve que el sujeto responda a todos los reactivos. Los perfiles medios son menos afectados por la omisión de reactivos.
Los puntajes T originales para el MMPI fueran puntajes T lineales. Nose hicieron esfuerzos para tener puntajes T equivalentes entre las escalas.	Los puntajes T del MMPI-2 para las ocho escalas clínicas y las quince escalas de contenido son puntajes T uniformes basados en la distribución de puntajes en una única escala compuesta. Un determinado nivel T es equivalente en términos de rango percentilar a lo largo de las escalas clínicas básicas y de las de contenido.
Los rangos percentilares a lo largo de las escalas varían para una determinada elevación del puntaje T.	El rango percentilar para un determinado puntaje T es uniforme a lo largo de las ocho escalas clínicas originales y las quince escalas de contenido.
No se obtuvieron datos test- retest para el grupo normativo del MMPI original.	Se dispone de datos test- retest de una semana para la submuestra del grupo normativo del MMPI-2 (N= 82 hombres y 111 mujeres). La confiabilidad varía de .58 a .91. La mayoría de las escalas tuvieron una confiabilidad mayor a .75.
Sólo se registraron los datos de edad y sexo de los individuos que conforman la muestra normativa original.	Se obtuvo extensa información biográfica y de sucesos de vida para la muestra normativa estadounidense del MMPI-2.
La muestra original estuvo compuesta principalmente por hombres y mujeres blancas, residentes en una zona rural de Minnesota.	La muestra del MMPI-2 fue más diversa en términos del nivel socioeconómico, la pertenencia a grupos étnicos, y de lugar de residencia de los sujetos participantes.
Las claves de calificación están disponibles para la calificación a mano de las escalas del MMPI.	Las claves de calificación están disponibles para los usuarios del MMPI-2.

Se dispone de una versión del MMPI con manual, hojas de respuesta, perfiles de escalas básicas y plantillas.	Se dispone de una versión del MMPI-2 con manual, hojas de lectora óptica para calificación manual y de computadora, perfiles para las escalas clínicas básicas, de contenido y suplementarias, así como plantillas para los tres tipos de escalas.
--	--

LUCIO Y AMPUDIA (1995). MMPI-2 U.N.A.M.
LIC. UNIVERSIDAD DE MINNESOTA

En resumen, el MMPI-2 es en algunos aspectos muy similar al MMPI original. El folleto del MMPI-2 incluye los reactivos necesarios para la calificación de las escalas clínicas y de validez modelos. A pesar de que con el MMPI-2 no se puede calificar todas las escalas suplementarias que podían ser calificadas con el MMPI- Original, muchas de ellas sí pueden ser calificadas con el MMPI-2. Las investigaciones acerca de la interpretación del MMPI original, aún se aplican directamente al MMPI-2.

El Inventario cuenta con varias escalas que se clasifican de la siguiente manera:

I.- Escalas de Validez: Creadas para detectar actitudes desviadas al realizar el test:

A.- Escala " no puedo decir" .- refiere al numero total de reactivos del MMPI, que se omiten o se responden como cierto y falso.

B.- Escala (L) Mentira (15 reactivos).- diseñada para detectar intentos del examinado poco sofisticados ó ingenuos para dar una imagen favorable de si mismo.

C.- Escala (F) Poca Frecuencia (60 reactivos).- permite detectar individuos cuyo enfoque de la tarea a realizar es diferente de lo dispuesto por los autores de la prueba.

D.- Escala (K) De Corrección (30 reactivos).- construida para identificar la defensividad clínica y también fue utilizada para desarrollar un factor de corrección para algunas de las escalas clínicas.

E.- Indicadores Adicionales de Validez.- Algunos indicadores adicionales de validez utilizados en el MMPI Original , siguieron utilizándose para el MMPI-2, sin embargo, se introdujeron otros para validar el perfil obtenido por un sujeto y son:

- 1.- Índice de Gough (F-K).
- 2.- Sin respuesta (Escala " no puedo decir ").
- 3.- Escala INVER (TRIN).
- 4.- Escala INVAR (TRIN):
- 5.- Escala Fp (Fb).
- 6.- Puntaje de la Escala F hasta 20.

II. Escalas Clínicas Básicas:

A.- Escala 1 (Hs) Hipocondriasis (32 reactivos).- sus reactivos reflejan síntomas particulares o quejas específicas, otros reflejan una preocupación corporal general o un enfoque de las vidas de estos individuos centrados en sí mismos.

B.- Escala 2 (D) Depresión (52 reactivos).- sus reactivos evalúan cinco áreas de contenido que son depresión subjetiva, retardo psicomotor , mal funcionamiento físico, torpeza mental y aprehensión.

C.- Escala 3 (Hi) Histeria de Conversiva (60 reactivos).- refleja quejas físicas o desordenes específicos, así como negación de problemas en la vida personal o falta de ansiedad social: frecuentemente observada en individuos con defensas.

D.- Escala 4 (Dp) Desviación Psicopática (50 reactivos).- Involucra la propensión de un sujeto a reconocer problemas con la ley, así como falta de interés por la mayoría de los estándares sociales y morales de conducta.

E.- Escala 5 (Mf) Masculinidad- Femenidad (56 reactivos).- los reactivos de esta escala cubren un rango de reacciones emocionales , intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que los hombres y las mujeres difieren en general. Permite conocer si existen confusiones sobre el rol de género.

F.- Escala 6 (Pa) Paranoia (40 reactivos).- el contenido de los reactivos refleja marcadas sensibilidades interpersonales y tendencia a mal interpretar los motivos e intenciones de otros. El estar centrado en sí mismo e inseguridad se incluye en algunos de estos reactivos .

G.- Escala 7 (Pt) Psicastenia (48 reactivos).- la escala en general refleja más bien ansiedad y angustia o emotividad negativa y confusión de estándares morales altos y autculpabilidad porque las cosas no salen bien , y esfuerzos rígidos para controlar impulsos.

H.- Escala 8 (Es) Esquizofrenia (78 reactivos).- cubre un amplio rango de conductas extrañas, experiencias inusuales y características especiales de sensibilidad.

I.- Escala 9 (Ma) Hipomanía (46 reactivos).- el contenido de los reactivos cubre algunas conductas de desordenes maníaco - depresivos, episodios maníacos y de las características asociadas con ambición exagerada, extroversión y altas aspiraciones.

J.- Escala 0 (Is) Introversión Social (69 reactivos).- la escala nos proporciona el grado de timidez social, preferencia por buscar permanecer solo, así como carencia de actividad social y enajenación de sí mismo.

III.- Escalas de Contenido:

Originalmente fueron desarrolladas por Wiggins, las cuales son utilizables para la versión original del MMPI, pero cuando el MMPI fue revisado en 1989, estas ya no resultaron adecuadas para el MMPI-2 , debido a que no representaban adecuadamente las nuevas dimensiones de contenido.

Las nuevas escalas de contenido para el MMPI-2 fueron desarrolladas por Butcher, Graham, Williams y Benporath en 1989.

Siendo estas:

Ansiedad (ANS); Miedos (MIE); Obsesividad (OBS); Depresión (DEP); Preocupaciones por la Salud (SAU); Pensamiento Delirante (DEL); Enojo (ENJ); Cinismo (CIN); Prácticas Antisociales (PAS); Personalidad Tipo A (PTA); Baja Autoestima(BAE); Incomodidad Social (ISO); Problemas Familiares (FAM); Dificultad en el Trabajo (DTR); Rechazo al Tratamiento (RTR).

IV.- Escalas Suplementarias:

En los últimos años se han usado escalas adicionales que hace 20 años , aproximadamente , Dahlstrom y Welsh (1960) incluyeron en uno de los apéndices del Manual del MMPI. En esa época eran 200 escalas, actualmente son más de 450 escalas adicionales.

Las escalas adicionales que se observan en los perfiles modernos norteamericanos son: Ansiedad (A); Represión (R); Fuerza del Yo (Fyo) (Es); Mac Andrew (A-MAC ó MAC-R); Hostilidad Reprimida (HR ó O-H); Dominancia (Do) ; Responsabilidad Social (Rs ó Re); Desajuste Profesional (Dpr) ,De género masculino y De género femenino (Fr y Mr).

Aunque estas escalas no se han investigado en países latinoamericanos, se recomienda su utilización ya que ofrecen mayor información para la comprensión de la persona estudiada.

Los investigadores que han originado escalas adicionales para el MMPI, han utilizado dos métodos principales , basandose únicamente en 550 de las frases que integran el inventario. Estos métodos son el lógico y el homogéneo (Nuñez, Hathaway, 1981).

El método lógico consiste en reunir frases que al analizarse evalúen un rasgo investigado; estas escalas miden las características sugeridas por el nombre que se le da a la escala , por lo general se utilizan sin validación empírica . (Nuñez, Hathaway, 1981.).

En el método homogéneo, el investigador no cuenta con un conocimiento previo de las escalas a elaborar, reúne un número grande de frases y las administra a un grupo de individuos, las respuestas son intercorrelacionadas y la matriz de intercorrelación se somete a un análisis factorial. Los factores que surgen son relevantes ya que han sido identificados por el inventario y las escalas se construyen para evaluar las dimensiones de la personalidad encontradas. Las escalas resultantes de este método tienen gran consistencia y sus nombres están de acuerdo con el contenido de las frases (Núñez, Hathaway, 1981).

En la interpretación de las escalas suplementarias, del MMPI-2 no hay límite absoluto para los puntajes altos y bajos, en general, los puntajes mayores a T 65 se consideran altos, y los menores de T 40 como bajos. En algunos casos existen recomendaciones específicas acerca de los límites (Butcher, et.al 1989).

Entre más elevadas sean las puntuaciones será mayor la probabilidad de que sea aplicable la información interpretativa. De manera similar, entre menores sean los puntajes mayor será la probabilidad de que sea aplicable la información interpretativa para éstas.

Butcher y Williams, (1992) sugirieron las siguientes 13 escalas adicionales que integran el perfil de escalas adicionales que integran el perfil de escalas suplementarias en el MMPI-2 y que se volvieron más familiares debido a que se utilizan rutinariamente en la calificación e interpretación del inventario:

A (A)	-	Ansiedad
R (R)	-	Represión
Fy	-	Fuerza del Yo
A- Mac (Mac- R)	-	Mac Andrew
Fp (Fb)	-	F- posterior
Hr (H-O)	-	Hostilidad Reprimida

Do (Do)	-	Dominancia
Rs (re)	-	Responsabilidad Social
Dpr (Mt)	-	Desajuste Profesional
GM (GM)	-	De género masculino
GF (GF)	-	De género femenino
EPS (PS)	-	Desordenes de estrés postraumático de Schlenger
EPK (PK)	-	Desordenes de estrés postraumático de Keane

Una razón para seleccionar éstas escalas para su calificación es que se han publicado datos normativos para ellas.

Para todas ellas, los valores fueron calculados originalmente por Dahlstrom y cols (1960) , a partir de los datos que presentaron Hathaway y Briggs (1957), y Taylor (1953). El grupo normativo incluía 226 hombres y 315 mujeres normales seleccionados de la muestra original del Minnesota utilizada para calcular los valores de las puntuaciones T para las escalas de validez y clínicas estándares del MMPI.

3.3.ANTECEDENTES

Como investigación enfocada al MMPI-2 y Personas de la Tercera Edad, fue la que llevó a cabo Butcher y cols.(1991); quienes realizaron un estudio cuyo objetivo era determinar si era necesaria o no la creación de normas específicas para el MMPI-2 para población de la Tercera Edad; así como si existían diferencias por grupo de edad entre el MMPI y el MMPI-2.

Para lo cual compararon el puntaje de un estudio normativo para ancianos (media de edad = 61.27 años), con los puntajes obtenidos en un estudio de reestandarización del MMPI (media de

edad = 41.27 años). Los resultados mostraron que los puntajes de la validación clínica fueron altamente similares.

Dentro del análisis de la muestra , se encontraron algunas diferencias pequeñas que probablemente reflejen los efectos de los cambios relacionados con la edad.

En general los autores concluyen que no es necesaria la creación de normas para ancianos en el MMPI-2.(Siendo esto aplicable a la población norteamericana).

Por otra parte las investigaciones realizadas por diversos autores interesados en la creación de normas para pruebas psicológicas en población senecta, han encontrado que en general, no se considera necesaria la creación de normas especiales para ancianos, a excepción de los casos en los que se pretenda medir variables que están afectadas por los cambios propios de la edad. Por ejemplo y en el caso del MMPI, la Escala de Hipocondriasis, en la cual se observó que los puntajes tienden a ser más elevados, ya que en esta edad existe mayor tendencia a somatizar como parte de los cambios relacionados con este periodo de la vida.

Varios estudios en los cuales se han analizado los puntajes obtenidos en el MMPI para ancianos , se han encontrado diferencias en 6 de las 10 escalas clínicas entre los senectos y los adultos jóvenes.

La tendencia a tener puntajes elevados se observan en las escalas de: Hipocondriasis, Histeria, Depresión, Introversión Social y puntajes bajos en Psicopatía e Hipomanía.

La magnitud de las diferencias en estas observaciones no reflejan cambios en la psicopatología individual de la edad.

En un estudio realizada por Strassberg D. y cols. (1991) , en el cual examinaron el desempeño de una muestra de 110 ancianos australianos entre los 60 - 90 años y se evaluó la validez concurrente de 4 nuevas escalas de contenido del MMPI-2 (Depresión, Ansiedad, Autoestima y Salud), para lo cual se aplicaron instrumentos que permitieran evaluar las mismas variables como lo son : El Inventario de Depresión de Beck; el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado; el Inventario Coopersmith de Autoestima y el Cuestionario General de Salud Goldberg.

Los resultados revelaron una consistencia entre los resultados obtenidos por esta muestra y los obtenidos por sujetos de la misma edad en Norte América.

Los autores concluyen que el MMPI-2 tiene poder para realizar comparaciones entre ambas culturas y también resaltan el poder de evaluación de las cuatro escalas nuevas.

Butcher, Jeffrey, Clayton, Colligan y otros (1990), llevaron a cabo un estudio del personal en servicio militar activo con el MMPI-2 para determinar si se necesitaban normas especiales para el uso en esta población, se exploró la relevancia y lo apropiado del MMPI-2. La muestra fue de 1,156 hombres con edades entre los 17 y los 51 años, encontrándose que respondieron de manera similar a la muestra de reestandarización del MMPI-2; se obtuvieron puntajes medios y estructura factorial parecida. Por lo que se concluyó que no era necesaria la creación de normas especiales para esta población.

En similitud con otras investigaciones anteriores, Fishburne y Parkinson (1984) encontraron una clara diferencia por edades en el MMPI-2, en que los sujetos más jóvenes producen mayor elevación en las escalas especialmente en Desviación Psicopática, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomanía.

Actualmente en México se esta trabajando en una investigación con esta nueva versión (Lucio,Reyes; 1992). Este instrumento fue traducido al español adecuando su contenido y lenguaje a población mexicana. la adaptación y traducción siguió la metodología descrita por Reyes(1977).

La prueba se aplicó a población universitaria con la finalidad de establecer normas y puntuaciones T estándar, así como un análisis del funcionamiento de los reactivos en esta población. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas , entre los puntajes crudos de los estudiantes mexicanos y los de la población normativa estadounidense. Sin embargo las normas de ambas poblaciones son semejantes aunque hay algunas diferencias de personalidad que pueden deberse a factores culturales.

Otro dato importante es que los perfiles de los estudiantes mexicanos tienden más a la normalidad , por lo que se puede concluir que el MMPI-2 es más adecuado para evaluar población mexicana.

CAPITULO IV: MÉTODO

4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La Fuerza Yoica de Personas Mexicanas de la Tercera Edad evaluada a través de la Escala Fuerza del Yo del MMPI-2 , será diferente en relación a los grupos de Estudiantes Universitarios Mexicanos (Lucio, Reyes; 1992) y al grupo Normativo de los Estados Unidos (Butcher 1982) ?

¿Se encontrarán diferencias en los resultados obtenidos en la Escala Fuerza del Yo (Es) del MMPI-2, entre personas con sintomatología mórbida y sin sintomatología mórbida en la Entrevista Psiquiátrica Revisada ?

4.2, JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El interés por desarrollar este tema fué, que en el transeurso de la formación como psicólogos se observó un "vacío" en cuanto al estudio de características emocionales y métodos de intervención en la población senecta.

Consideramos importante el trabajar con este sector de la población por lo siguiente:

En primer lugar el aspecto social, ya que dentro de la sociedad, gracias a la legislación moderna y a equipos de profesionales el anciano ha encontrado cierta protección. Sin embargo la sociedad cuntemporánea esta aún lejos de alcanzar soluciones adecuadas a los problemas psiesociales que plantea el añoso, lo cual probablemente se debe a los prejuicios contra la vejez, las formas de discriminación que se ejercen contra ellos y las consecuencias que esto provoca.

Se creé que solamente tomando conciencia de estas carencias y de la propia participación en ellas , será posible comenzar una verdadera acción social encaminada a rutejorar el nivel de vida de este sector.

En segundo lugar, en el aspecto científico, el "Modelo del Deterioro", es el que más se ha utilizado para la investigación científica de la vejez. Basado en una pérdida gradual de la inteligencia y de la personalidad a consecuencia del proceso de involución neurológico y somático.

"Este modelo, asume la existencia de un paralelismo psicológico que no es tan real, ya que no se consideran otras variables. Si bien es cierto, el proceso de envejecimiento físico influye parcialmente en algunos aspectos de la psicología del sujeto, y la capacidad perceptiva disminuye con la edad, haciendo que se reaccione más lentamente a ciertos aprendizajes; esto no implica que la personalidad del sujeto cambie o sufra un deterioro dramático".(Monedero, 1973)

Actualmente se estudia a la vejez desde el punto de vista del "Modelo Reactivo", el cual argumenta que las características intelectuales y personales del viejo son el resultado de los condicionamientos socioeconómicos y del hecho irreversible del aproximamiento de la muerte.

Nuestras sociedades atribuyen al viejo un rol bastante negativo. Ser viejo, es ser inútil, poco valorado, o si acaso digno de ciertas consideraciones. Esto lleva a que muchos adultos se nieguen a envejecer, o aceptar la vejez con angustia y resentimiento.

Se podría decir que el buen envejecer está relacionado con las posibilidades económicas y el estado de salud física.

De lo anterior surge la importancia de la defensa de los intereses y derechos del viejo. Se piensa que contar con servicios de apoyo, tanto médicos como psicológicos dignos, es un derecho de estos. En este caso se consideró la necesidad de conocer más acerca de la Fuerza Yoica del anciano lo que permitirá una intervención psicoterapéutica más objetiva y eficaz; para lo cual será necesario buscar nuevas formas de acercamiento, siendo indispensable la adecuación de instrumentos de evaluación.

"Los profesionales que pretendamos penetrar en el campo de la psicología de la vejez, para que nuestro accionar sea efectivo y reparatorio debemos empezar por aceptar que nosotros somos sujetos que llevan dentro de sí el proceso de envejecimiento. Si intentáramos negarlo segregando a los viejos o permitiendo que otros lo hagan, pagaremos caro nuestro error ;ya que no reconoceremos al viejo que seremos".

-Salvarezza,L.-(1988)

4.3. HIPOTESIS

• *H₀*: No existen diferencias en la Fuerza Yoica entre el grupo de Personas Mexicanas de la Tercera Edad y los grupos de Estudiantes Universitarios Mexicanos (Lucio, Reyes , 1992) y Normativo de los Estados Unidos (Butcher, 1982)

• *H₁*: Existen diferencias en la Fuerza Yoica entre el grupo de Personas Mexicanas de la Tercera Edad y los grupos de Estudiantes Universitarios Mexicanos (Lucio, Reyes , 1992) y Normativo de los Estados Unidos (Butcher, 1982)

Para nuestro segundo cuestionamiento se plantean las siguientes hipótesis:

H₀: La Somatización y la Fuerza Yoica son independientes.

H₁: La Somatización y la Fuerza Yoica son dependientes.

H₀: Las Alteraciones en el Sueño y la Fuerza Yoica son independientes.

H₁: Las Alteraciones en el Sueño y la Fuerza Yoica son dependientes.

H₀: La Irritabilidad y la Fuerza Yoica son independientes.

H₁: La Irritabilidad y la Fuerza Yoica son dependientes.

H₀: La Depresión y la Fuerza Yoica son independientes.

H₁: La Depresión y la Fuerza Yoica son dependientes.

H₀: La Ansiedad y la Fuerza Yoica son independientes.

H₁: La Ansiedad y la Fuerza Yoica son dependientes.

4.4. VARIABLES

DEPENDIENTES:

- * Fuerza del Yo.

INDEPENDIENTES:

- * Grupo de Estudiantes Universitarios Mexicanos (Lucio, Reyes; 1992).
- * Grupo Normativo de los Estados Unidos (Butcher; 1982).

ATRIBUTIVAS:

- * Edad (60-75 años).
- * Sexo (femenino, masculino).

EXTRAÑAS:

- * Las que de alguna manera pudieran interferir en el desarrollo de la prueba y no fueron tomadas en cuenta: Nivel Socioeconómico y Escolaridad.

4.5. DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Fuerza Yoica.- Se manifiesta como gran habilidad para lidiar con el estres, ausencia de problemas psicológicos crónicos, estabilidad emocional, carencia de prejuicios, tolerancia hacia los demás, confianza en sí mismo, inteligencia, capacidad de resolución de problemas. Así como aceptación social, intereses bien desarrollados, determinación, persistencia, respuesta verbal adecuada a la psicoterapia, tolerancia en la confrontación en la terapia (Barron 1953).

Así como la capacidad de adaptación, fortaleza, y recursos personales.(Butcher, 1989)

Sexo.- Diferencia física y constitucional del hombre y de la mujer, del macho y de la hembra: Sexo Masculino, Femenino, (aparición de caracteres primarios y secundarios)

Tercera Edad: Terminología francesa, que equivaldría según la división americana de Bernice Newgarten y Robert Havighust, al período comprendido de los 60-65 a los 75 años, el cual se denomina " Young old"(Motlis, 1985)

Edad.- El tiempo durante el cual un individuo ha vivido.

4.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Fuerza Yoica.- Se expresa a través de las puntuaciones obtenidas en la Escala Fuerza del Yo (Es) del MMPI-2. Se manifiesta como gran habilidad para lidiar con el estrés, ausencia de problemas psicológicos crónicas, estabilidad emocional, carencia de prejuicios, tolerancia hacia los demás, confianza en sí mismo, inteligencia, capacidad de resolución de problemas. Así como aceptación social, intereses bien desarrollados, determinación, persistencia, respuesta verbal adecuada a la psicoterapia, tolerancia en la confrontación en la terapia (Barron 1953). Así como la capacidad de adaptación, fortaleza, y recursos personales.(Butcher, 1989)

Sexo.- Masculino, Femenino.

Tercera Edad.- Período de la vida comprendido entre los 60-75 años.

Edad.- Tiempo cronológico desde que un individuo nace hasta el momento de la aplicación.

4.7. MUESTRA

Para integrar la muestra de esta investigación se seleccionaron de forma intencional 260 sujetos de la Tercera Edad, residentes en la Ciudad de México, de estos 160 correspondían a los Clubes de la Tercera Edad del INSEN; 60 de visitas particulares (personas conocidas y recomendadas de estas mismas) y personas abordadas en lugares públicos; y por último 40 de visitas a casas de reposo.

En un principio se pretendió cubrir la muestra solo con los sujetos que integran la población de los Clubes de la Tercera Edad del INSEN; sin embargo esta población no cubrió el total de la muestra, por lo que hubo necesidad de recurrir a otras fuentes.

4.7.1. SUJETOS

Los criterios para la obtención de la muestra fueron los siguientes:

De Inclusión:

- * Edad.- 60-75 años.
- * Nacionalidad: Mexicana.
- * Residencia: Ciudad de México.

De Exclusión:

- * Padecimientos mentales que impidan tener contacto con la realidad.
- * Cualquier incapacidad física.

Para saber el número de sujetos que integraron la muestra se utilizó la siguiente fórmula (Nunnally C.J.; 1991):

$$n = \frac{\text{número de reactivos} \times 10}{2}$$

SUSTITUCIÓN:

$$n = \frac{52 \times 10}{2} = 260 \text{ sujetos.}$$

Del total de sujetos 130 serán mujeres y los 130 restantes hombres.

4.8. TIPO DE ESTUDIO

Ex post facto, exploratorio de campo, porque no se manipula la variable independiente que en este caso será la Fuerza Yoica de los ancianos. Exploratorio debido a que no existen antecedentes de investigaciones hechas con la Escala Fuerza del Yo (Es) MMPI-2, en personas mexicanas de la Tercera Edad y de campo por que se realizó fuera del ambiente de laboratorio.(Arnaud; 1989).

4.9. DISEÑO

Se trata de un diseño cuasi experimental de una sola muestra, lo anterior debido a la imposibilidad de controlar la variable independiente , así como la imposibilidad de asignar aleatoriamente los sujetos a los grupos..

4.10. INSTRUMENTOS Y MATERIALES

La Escala Fuerza del Yo del MMPI-2, la cual ha sido revisada por Butcher en 1982, y que para su uso experimental fué traducida al español por el equipo de trabajo del Departamento de Psicología Clínica de Postgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (Lucio,1995). Dicha escala es una escala suplementaria del MMPI-2, la cual no fué diseñada para aplicarse de manera aislada; sin embargo por el tipo de población con la cual se trabajo, se consideró poco practico además de agotador aplicar la prueba en su totalidad; por lo anterior se desea resaltar ante todo el carácter exploratorio de la presente investigación.

Esta escala consta de 52 reactivos hechos en forma de proposiciones que serán contestadas como ciertas o falsas.

La aplicación se hizo de forma individual. Se les fue leyendo cada uno de los reactivos y anotando sus respuestas en la hoja correspondiente, debido a que hubo ciertas dificultades en entender los reactivos elaborados con dobles negaciones y cierta confusión en el manejo de las hojas de respuesta.

Se calificó de forma manual, tomando en cuenta los valores esperados para cada reactivo, asignándole 1 al valor esperado y 0 al valor no esperado, se procedió a sumar los valores para cada reactivo y se obtuvo el puntaje bruto para cada sujeto.

Un puntaje elevado refleja en este caso, ausencia de psicopatología, habilidad para lidiar con el estrés, tolerancia, respuesta verbal adecuada en psicoterapia, etc.

Un puntaje bajo refleja un pobre concepto de sí mismo, confusión, malestares físicos y fatiga crónica, temores y fobias, desadaptación, etc.

Como criterio externo de validez se utilizó la Entrevista Psiquiátrica Revisada (Goldberg, D.P., 1970), la cual fué hecha para cumplir con los siguientes requisitos:

1.- La entrevista deberá ser aplicada en individuos que no se consideren así mismos como enfermos psiquiátricos.

2.- El contenido de la entrevista debe ser adecuado para el tipo de desordenes encontrados comúnmente en la comunidad.

3.- La entrevista deberá generar información acerca de los signos y síntomas individuales y una evaluación diagnóstica individual.

4.- Debe discriminar claramente entre enfermos con desordenes mentales e individuos normales y entre pacientes con diferente grado de desordenes psiquiátricos.

5.- Debe ser relativamente económica en tiempo, de manera que pueda ser incluido un amplio número de pacientes.

6.- Las calificaciones clínicas deberán ser confiables en el sentido de poder ser reproducibles.

Esta entrevista ya ha sido utilizada con anterioridad como criterio de validez, siendo uno de estos casos, la investigación de Romero M. Martha y Medina M. María Elena (1978), la cual tenía

como objetivo validar una versión del Cuestionario General de Salud para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. En dicho estudio fueron entrevistados 10 pacientes con diferentes niveles y tipos de patología obteniéndose entre las puntuaciones una confiabilidad de +0.84 al evaluar la presencia, ausencia y severidad de síntomas. Para obtener la prevalencia global, la validez y la sensibilidad del cuestionario, se compararon las calificaciones de los instrumentos, de la Entrevista Psiquiátrica Revisada se utilizó el diagnóstico global de severidad y aquellos individuos que fueron calificados con 1 ó 2 no se consideraron caso y a partir del 3 fueron considerados caso. Además sobre sale el hecho de que dicha entrevista fue desarrollada para llevar a cabo estudios comunitarios y ha demostrado ser un instrumento sensible cuando se entrevista a una población que no se define así misma como caso o que permanece fuera del escenario de un consultorio.

Así también D.P. Goldberg y V.F. Hillier (1979) utilizaron la Entrevista Psiquiátrica Revisada para dar validez concurrente a las escalas A (síntomas somáticos); B (ansiedad y angustia); y D (melancolía, depresión) de una versión del Cuestionario General de Salud.

La entrevista está dividida en cuatro secciones:

La primera no está estructurada y está compuesta por subtítulos para registrar en forma breve la historia médica pasada y presente del sujeto. Esta parte de la entrevista que normalmente toma pocos minutos es utilizada para establecer rapport y relajar al paciente.

La segunda parte de la entrevista es un interrogatorio más detallado y sistemático acerca de cualquier síntoma psiquiátrico que el paciente haya presentado en la semana precedente. Los síntomas están organizados en 10 grupos que son administrados en el siguiente orden:

- * Síntomas somáticos.
- * Fatiga.
- * Alteraciones en el sueño.
- * Irritabilidad.
- * Disminución de la concentración.
- * Animo depresivo.
- * Ansiedad y preocupación.

- * Fobias.
- * Obsesiones y compulsiones.
- * Despersonalización.

El ordenamiento de los síntomas fue diseñado de manera progresiva, desde aquellos que son comúnmente encontrados en la vida diaria; hasta llegar a aquellos más claramente mórbidos.

El entrevistador es libre para hacer preguntas adicionales que pueden ser indicadas en un caso dado, siendo su objetivo establecer la frecuencia, duración e intensidad de cada síntoma durante la semana anterior.

Existen reglas simples en relación con la frecuencia e intensidad de cada síntoma para valorar en una escala de 5 puntos (4,3,2,1,0).

La tercera sección de esta, no está estructurada, y permite al entrevistador obtener tanta información como le fuera necesaria sobre la historia personal y familiar del sujeto entrevistado para hacer una evaluación clínica.

Después de la entrevista, el entrevistador completa la cuarta y última sección del instrumento en donde califica las anomalías observadas durante la entrevista en doce escalas de 5 puntos.

Estas puntuaciones representan el punto de vista del entrevistador acerca de las anomalías manifiestas que ha observado en la entrevista y que son distintas a los síntomas del paciente, que han sido calificados en la segunda parte.

Existen 3 escalas para anomalías en la conducta, 4 para estados de ánimo anormales y 5 para anomalías perceptuales y cognitivas.

- * Lentitud y carencia de espontaneidad.
- * Suspicious defensivo.
- * Histriónico.
- * Deprimido.

- * Ansioso, agitado, tenso.
- * Exaltado, eufórico.
- * Aplanado, incongruente.
- * Delirios, trastornos del pensamiento, falsas interpretaciones.
- * Alucinaciones.
- * Alteraciones del intelecto, y daño orgánico.

Estos reactivos fueron agrupados en esta forma ya que se asume que distintos fenómenos clínicos que se sobreponen pueden ser calificados en una sola escala.

El entrevistador califica 22 reactivos, para los síntomas reportados la semana anterior y 12 que se presentaron durante la entrevista. Cada puntuación se hace en una escala de 5 puntos y cada síntoma tiene indicaciones específicas para su evaluación. En términos generales, 0 indica ausencia de síntomas, 1 indica un rasgo habitual o un síntoma limítrofe, que no causa tensión significativa ni requiere tratamiento; 2,3,4 indican respectivamente grados leves, moderados y severos de la severidad clínica de un síntoma definitivamente mórbido. Finalmente, el entrevistador escribe una breve formulación diagnóstica.(Apéndice A)

4.11. PROCEDIMIENTO

Los sujetos del presente estudio fueron seleccionados en forma intencional ; de éstos 160 corresponden a los Clubes de la Tercera Edad del INSEN, 60 de visitas particulares (personas conocidas y recomendadas de estas mismas), personas abordadas en lugares públicos y 40 de visitas a casas de reposo, siendo la muestra total de 260 sujetos de la tercera edad (60- 75 años), residentes de la Ciudad de México, con nacionalidad mexicana, los cuales no tuvieran padecimientos mentales, así como tampoco cualquier incapacidad física.

Se aplicó en forma individual la Escala Fuerza del Yo (Es) del MMP1-2, que es un cuestionario constituido por 52 reactivos, en donde los sujetos contestaron a su elección con la opción de Cierto o Falso; siendo para este caso el aplicador quien leyó los enunciados y registró también en las hojas correspondientes las respuestas de los sujetos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Una vez aplicada la Escala Fuerza del Yo del MMPI-2 , se calificaron de forma manual tomando en cuenta los valores esperados para cada reactivo, asignándole 1 al valor esperado y 0 al valor no esperado; obteniendo de ésta manera el puntaje en bruto de cada sujeto. Los cuales se convirtieron a puntajes T considerando la siguiente fórmula:(Ver Apéndice D)

$$T = \frac{[(x - M)10]}{\sigma}$$

Una vez teniendo los puntajes T para cada sexo, se realizó el perfil para cada uno de ellos .

Se ubicaron los puntajes T en el perfil correspondiente, y se seleccionaron los 15 puntajes T más altos y los 15 más bajos, para cada sexo.

Una vez hecho lo anterior, se localizó a los sujetos que obtuvieron dichos puntajes, y se les realizó la Entrevista Psiquiátrica Revisada; en la cual se evaluó la severidad de una serie de síntomas que se describen en el apartado de instrumentos y materiales.

Se seleccionaron 5 de los síntomas (Sonatización, Alteraciones en el Sueño, Irritabilidad, Depresión, Ansiedad) , que pudieran estar relacionados con la fuerza yoica; tomando en cuenta la definición hecha por Barron 1953 .(ver 4.6. Definición operacional de variables)

Posteriormente se realizó el análisis estadístico de los datos.

4.12. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se llevó acabo el análisis descriptivo de los datos, a través del paquete estadístico SPSS/PC, obteniéndose, medidas de tendencia central (medias, desviación estandar) para las variables sexo y edad.

Así como un análisis de frecuencia de cada uno de los reactivos , por cada grupo de edad y sexo; lográndose esto gracias a que este tipo de programa de estadística univariada solo analiza una variable a la vez y las estadísticas que calcula describen la distribución de los datos.

Lo anterior permitió hacer un análisis de reactivos en cuanto a la tendencia de las respuestas y la diferencia de estas entre sexos.

A través de la Prueba T, se analizó la diferencia entre las medias para la escala Es del grupo de estudiantes mexicanos (Lucio/Reyes 1992); el grupo normativo de los Estados Unidos y el grupo de la Tercera Edad del presente trabajo. Para éste fin se utilizó la fórmula:

$$\text{Prueba T} = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{std. err.}}$$

Obteniéndose el error estándar a través de la fórmula :

$$\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}$$

Esto nos permitirá conocer si existe una discrepancia significativa entre las medias. Teniendo como hipótesis.

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

Por otra parte de los 15 sujetos con Fuerza Yoica alta y los 15 con Fuerza Yoica baja se obtuvieron las frecuencias de los puntajes igual ó mayor a 3 y las frecuencias de los puntajes menores a 3 para cada uno de los 5 síntomas seleccionados de la Entrevista Psiquiátrica Revisada, en la cual el puntaje igual o mayor que 3 indica severidad en un síntoma.

Una vez obtenidos estos puntajes se llevó acabo la prueba de Independencia , siendo está una aplicación de la X^2 de Pearson. Teniendo esto como objetivo el conocer si existe dependencia entre las variables, aclarando que ésta prueba sólo nos dirá si las dos variables o atributos son o no independientes, no dirá el grado de asociación , ni la dirección de la dependencia; para poder obtener el grado de dependencia entre las dos variables se aplicó un Coeficiente de Contingencia.

TABLA DE CONTINGENCIAS ENTRE SEVERIDAD DEL SINTOMA Y FUERZA YOICA PARA MUJERES

SEVERIDAD	SOMATIZACIÓN		ALT. SUEÑO		IRRITABILIDAD		DEPRESIÓN		ANSIEDAD	
	=>3	<3	=>3	<3	=>3	<3	=>3	<3	=>3	<3
FUERZA YOICA ALTA	3	12	2	13	2	13	1	14	4	11
FUERZA YOICA BAJA	9	6	5	10	9	6	11	4	10	5

TABLA DE CONTINGENCIAS ENTRE SEVERIDAD DEL SINTOMA Y FUERZA YOICA PARA HOMBRES

SEVERIDAD	SOMATIZACIÓN		ALT. SUEÑO		IRRITABILIDAD		DEPRESIÓN		ANSIEDAD	
	=>3	<3	=>3	<3	=>3	<3	=>3	<3	=>3	<3
FUERZA YOICA ALTA	2	13	2	13	10	5	4	11	5	10
FUERZA YOICA BAJA	10	5	8	7	8	7	11	4	12	3

CAPITULO V: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

El análisis descriptivo de los datos , realizado a través del SPSS/PC, permitió conocer las medidas de tendencia central, y distribución de las variables obteniendo frecuencias, porcentajes, medias y desviación estandar para las variables género y edad.

Así como las tendencias en la forma de responder a los reactivos .

Como ya se mencionó en el muestreo el rango de edad fue de los 60 a los 75 años, sin embargo la mayoría de los casos que integraron la muestra se ubicaron en un rango de edad que va de los 68 a los 71 años.

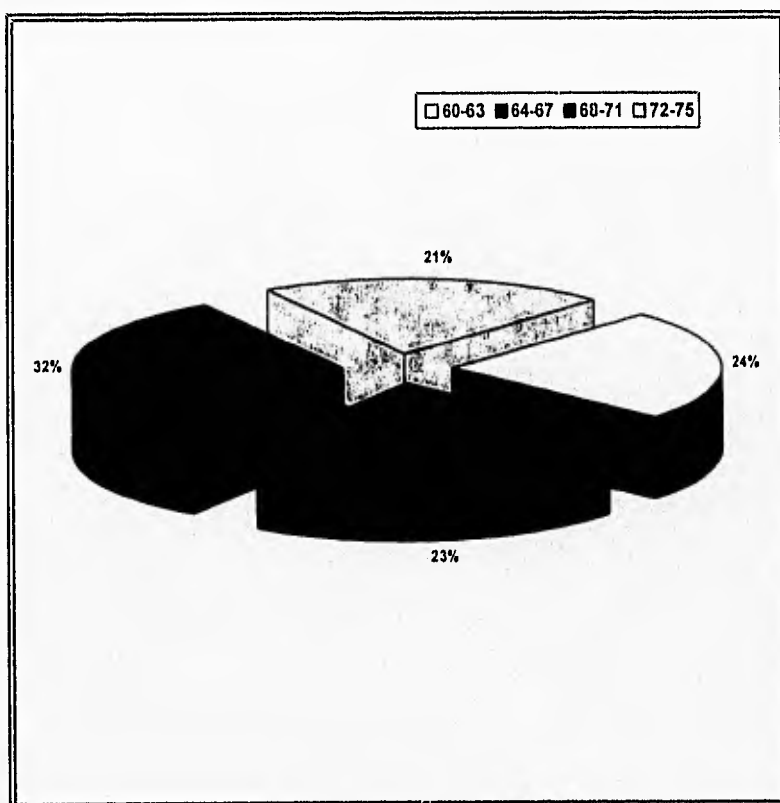
El porcentaje de los rangos de edad se presenta en la gráfica 1.

Los sujetos evaluados se contactaron de tres fuentes; la principal fueron los Clubes de la Tercera Edad del INSEN, en segundo lugar quedan las visitas particulares (personas conocidas y recomendadas de estas mismas) y personas abordadas en lugares públicos. Por último se hayan las visitas hechas a casas de reposo. gráfica 2

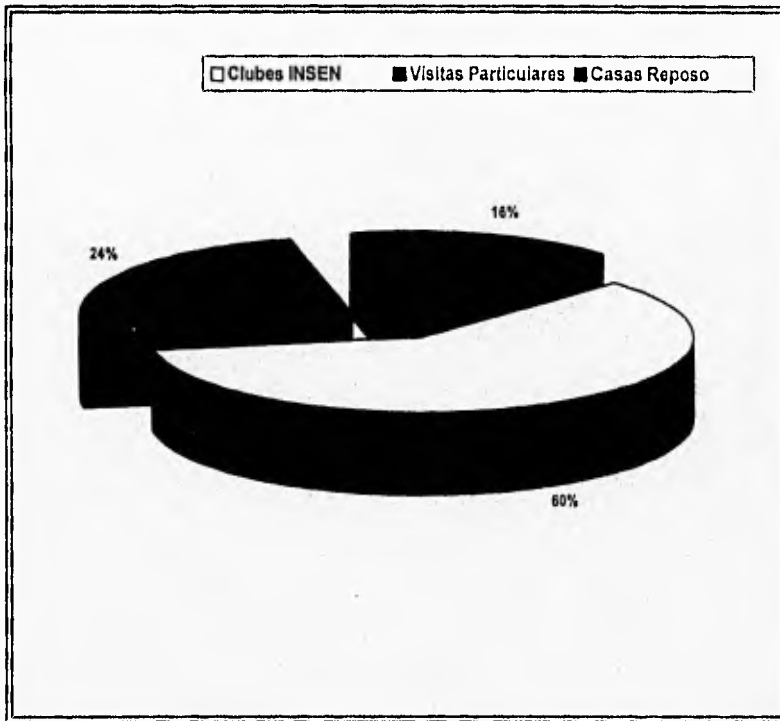
En cuanto a la forma en como contestaron los sujetos a los 52 reactivos que conforman la Escala Fuerza del Yo del MMPI-2 , se encontró que el 77% de estos es decir 40 reactivos fueron contestados en un mayor porcentaje con el valor esperado. gráfica 3.

Del total de personas que conforman la muestra el 57.16 % contestó el valor esperado. gráfica 4.

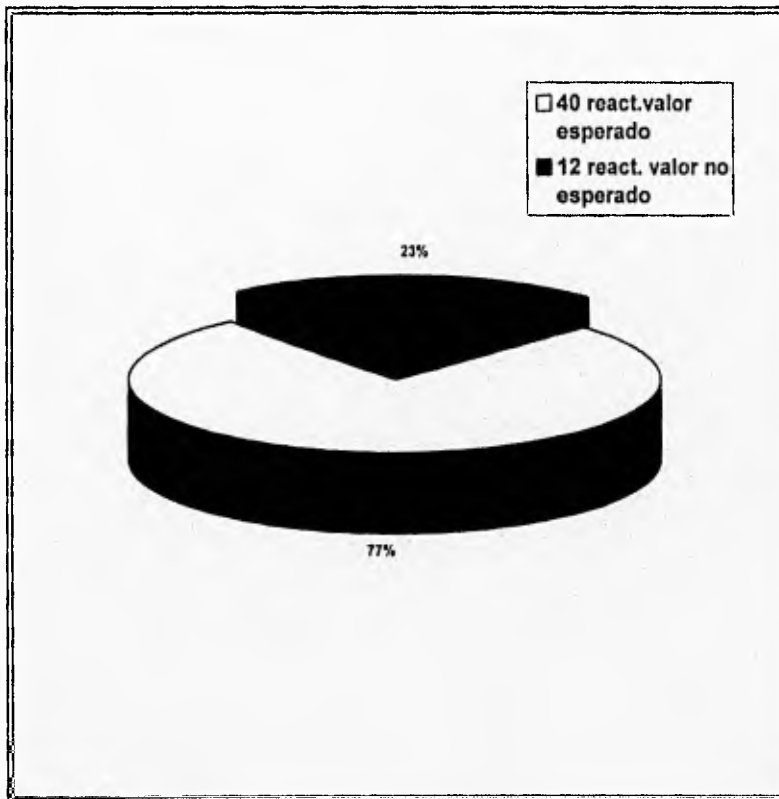
GRAFICA 1. DISTRIBUCION EN PORCENTAJES DE LA EDAD DE MUESTRA



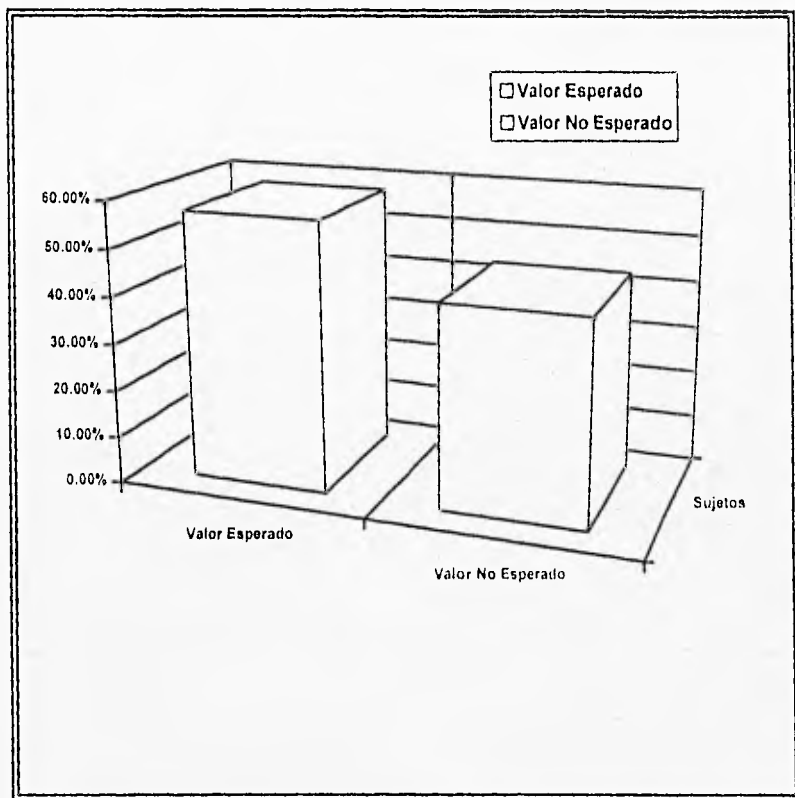
GRAFICA 2. DISTRIBUCION DE PORCENTAJE DE LAS FUENTES DE LA MUESTRA



GRAFICA 3. PORCENTAJE DE REACTIVOS CONTESTADOS CON EL VALOR
ESPERADO



GRAFICA 4. PORCENTAJE DE SUJETOS QUE RESPONDIERON EL VALOR
ESPERADO



Por otro lado al analizar los porcentajes de respuestas de valores esperados entre sexos se encontró lo siguiente:

REACTIVOS	HOMBRES	MUJERES
1	57.6	54.4
2	61.6	88.0
3	57.6	44.8
4	64.0	75.2
5	56.8	77.6
6	53.6	71.2
7	54.4	67.2
8	54.4	71.2
9	62.4	76.0
10	51.2	66.4
11	52.8	64.0
12	56.8	62.4
13	55.2	42.4
14	60.8	67.2
15	67.2	68.8
16	65.6	46.4
17	57.6	83.2

	HOMBRES	MUJERES
18	59.2	55.2
19	53.6	32.8
20	53.6	65.6
21	60.0	86.4
22	42.4	22.4
23	51.2	40.0
24	52.8	48.8
25	63.2	71.2
26	61.6	76.0
27	50.4	60.0
28	44.8	27.2
29	48.0	22.4
30	44.8	39.2
31	50.4	22.4
32	58.4	78.4
33	48.0	58.4
34	36.0	48.8
35	52.8	55.2
	62.4	80.0
37	61.6	80.0
38	46.4	24.8
39	51.2	40.8

REACTIVOS	HOMBRES	MUJERES
40	59.2	94.4
41	61.6	58.4
42	52.0	85.6
43	61.6	81.6
44	44.0	52.0
45	46.4	53.6
46	54.4	60.0
47	54.4	63.2
48	52.0	39.2
49	50.4	22.4
50	57.6	77.0
51	57.6	52.8
52	55.2	74.4

Al obtener los porcentajes de respuesta por sexo, se encontró que existe una mayor tendencia por parte del grupo de mujeres a contestar con el valor esperado, sin embargo la diferencia no es muy significativa.

En cuanto a la forma en como se respondió a los reactivos se encontró que el 77% de éstos (40 reactivos) fueron contestados en un mayor porcentaje con el valor esperado. A continuación se citarán los 12 reactivos restantes que fueron contestados en mayor porcentaje con el valor esperado:

No. react.	Enunciado	Valor Espe.	%valor no esp.
13	Cuando me aburro me gusta provocar algo emocionante o divertido.	C	51%
19	Me gusta coquetear	C	56%
22	Me gusta recoger flores o cultivar plantas dentro de mi casa.	F	67.6%
23	Me gusta hablar sobre temas sexuales.	C	54.4%
28	Frecuénteme me encuentro preocupado por algo	F	64%
29	Cuando salgo de casa no me preocupo por cerrar bien las ventanas y la puerta con llave.	C	64.8%
30	Me preocupo mucho.	F	58%
31	Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero	C	63.6%
38	Si fuera artista me gustaría dibujar flores	F	64.4%
39	El hombre que más se ocupó de mí cuando era niño (mi padre, padrastro, etc.) fué muy estricto conmigo.	C	54%
44	Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.	F	52%
49	Ciertos animales me ponen nervioso.	F	63.6%

A pesar de que no es motivo de la presente investigación el análisis de reactivos, se consideró importante mencionarlos como antecedente para futuras investigaciones, que pretendan realizar un análisis más profundo y formal de éstos.

Simultáneamente algunos de los reactivos citados anteriormente junto con otros no mencionados provocaron comentarios frecuentes por parte de los examinados; dichos comentarios comprendían los siguientes puntos.

1. Se encontró que había constantes confusiones con los reactivos elaborados con dobles negaciones teniendo como ejemplo:

- ✔ Nunca me he desmayado.
- ✔ Cuando salgo de casa no me preocupo por cerrar bien las ventanas y la puerta con llave

2. Consideraban algunos reactivos como ambiguos tales como:

- ✔ He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
- ✔ Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas.

3. Así mismo había el comentario de que existían reactivos forzados y que no estaban de acuerdo con la imagen que iban a dar si contestaban cierto ó falso

- ✔ Me gusta hablar sobre temas sexuales.

Comentario: No me molesta hablar sobre temas sexuales, pero tampoco busco andar hablando de ello, creo que sería más correcto que la oración fuera: "No me disgusta hablar sobre temas sexuales".

5.2. ANALISIS DE LA DEPENDENCIA ENTRE LOS SINTOMAS Y LA FUERZA YOICA A TRAVES DE LA χ^2 DE PEARSON

Esto tuvo como objetivo, el conocer si existe dependencia entre los síntomas obtenidos en la Entrevista Psiquiátrica Revisada y la Fuerza Yoica.

Como se observa en la tabla , existe una dependencia entre los síntomas (somatización, alteraciones en el sueño, irritabilidad, depresión, ansiedad) y la Fuerza Yoica.

SUJETOS SEXO MASCULINO

SÍNTOMA	G.L	α	χ^2	χ^2_c	COEF. CONTING.	V.SIG	Ho	H1
Somatización	1.0	0.05	8.86	3.84	0.47	1		✓
Alteraciones en el Sueño	1.0	0.05	5.4	3.84	0.39	1		✓
Irritabilidad	1.0	0.05	4.58	3.84	0.36	1		✓
Depresión	1.0	0.05	6.26	3.84	0.42	1		✓
Ansiedad	1.0	0.05	12.26	3.84	0.54	1		✓

SUJETOS SEXO FEMENINO

SÍNTOMA	G.L.	α	χ^2	χ^2_c	COEF. CONTING.	V.SIG	Ho	Hi
Somatización	1.0	0.05	5.0	3.84	0.38	1		✓
Alteraciones en el Sueño	1.0	0.05	2.07	3.84	0.25	1	✓	
Irritabilidad	1.0	0.05	7.78	3.84	0.45	1		✓
Depresión	1.0	0.05	8.86	3.84	0.47	1		✓
Ansiedad	1.0	0.05	4.86	3.84	0.37	1		✓

En el caso de los sujetos de sexo masculino, todos los síntomas reportan cierto grado de dependencia con la Fuerza Yoica; siendo la Ansiedad la que obtuvo el mayor grado de dependencia. En cuanto a las mujeres, se observó que el síntoma de alteraciones en el sueño, no es dependiente de la fuerza yoica; todos los demás síntomas sí lo son, siendo esto más notorio en el síntoma Depresión.

En el Apéndice B se presentan cuatro casos de los más representativos de puntajes altos y cuatro de puntajes bajos en la Escala Es en ambos sexos. haciendo una integración de estos con los síntomas reportados en la Entrevista Psiquiátrica Revisada y los datos obtenidos de la Entrevista Personal.

Por último se ubicó el puntaje de la Escala Es de cada uno de los casos presentados en el Perfil para Escala Suplementarias.

5.3.PUNTAJES T DE LA MUESTRA

Después de obtener los puntajes brutos de la escala Fuerza del Yo del MMPI-2, para cada uno de los sujetos se procedió a obtener los puntajes T para cada uno de estos por grupo, a través de la fórmula que se menciona en el procedimiento. Las tablas de equivalencias se muestran en el apéndice D.

5.4. COMPARACIÓN DE MEDIAS

La comparación de las medias se llevó a cabo a través de la *prueba T*, considerando las siguientes hipótesis:

$$H_0: \bar{\chi}_1 = \bar{\chi}_2$$

$$H_1: \bar{\chi}_1 \neq \bar{\chi}_2$$

TABLA DE RESULTADOS A TRAVÉS DE LA PRUEBA T

MUJERES

ESTUDIANTES
MEXICANOS

(n= 1107)

TERCERA EDAD

(n= 130)

$\bar{\chi}$	σ	$\bar{\chi}$	σ	T	T_c	<i>N.SIG.</i>	<i>H₀</i>	<i>H₁</i>
35.2	4.5	28.4	6.6	11.52	1.64	.050		✓

NORMATIVO

E.U.

(n= 1462)

TERCERA EDAD

(n= 130)

$\bar{\chi}$	σ	$\bar{\chi}$	σ	T	T_c	<i>N.SIG.</i>	<i>H₀</i>	<i>H₁</i>
34.7	4.9	28.4	6.6	10.36	1.64	.050		✓

HOMBRESESTUDIANTES
MEXICANOS

(n= 813)

TERCERA EDAD

(n= 130)

\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	T	T_c	<i>N.SIG</i>	<i>H₀</i>	<i>H₁</i>
37.2	4.4	30.9	6.5	10.67	1.64	.050		✓

NORMATIVO

E.U.

(n= 1138)

TERCERA EDAD

(n= 130)

\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	T	T_c	<i>N.SIG</i>	<i>H₀</i>	<i>H₁</i>
37.4	4.4	30.96	6.56	10.91	1.64	.050		✓

De manera general se observa que sí existen diferencias significativas entre las medias de ambos sexos del grupo de la Tercera Edad al compararlas con el grupo de Estudiantes Mexicanos (Lucio/ Reyes , 1992) y el Grupo Normativo de los Estados Unidos (Apéndice C).

Habiéndose obtenido una media menor en el grupo de la Tercera Edad en ambos sexos, en comparación a los otros dos grupos.

DISCUSIÓN

Ante los cuestionamientos planteados en la presente investigación: ¿Es posible utilizar la escala Es del MMPI-2 para evaluar la Fuerza Yoica en Personas Mexicanas de la Tercera Edad? y ¿Se presentarán diferencias en los resultados obtenidos de la Escala Fuerza del Yo (Es) del MMPI-2 entre personas con sintomatología mórbida encontrada en la Entrevista Psiquiátrica Revisada?

En cuanto a la discrepancia encontrada entre la media del grupo de trabajo, el grupo de Estudiantes Mexicanos y el grupo Normativo, se considera que ésta se debe:

A la evidente diferencia en la edad de los sujetos que integran cada grupo; así como la diferencia de roles y circunstancias que pertenecen a estas dos etapas.

El grupo de la Tercera Edad se conformó por ancianos jóvenes (División Americana de Newgarten y Havighust, 1977), al referirnos a ancianos jóvenes queremos dar a notar que son personas que en su mayoría están en el período de aceptación y adaptación a ésta nueva etapa de la vida, y como ya se había analizado generalmente no es muy bien aceptada ya que la sociedad le adjudica características negativas en su mayoría, así mismo se presentan una serie de cambios fisiológicos y acontecimientos tales como la jubilación, pérdida de seres queridos por fallecimientos o independización de los hijos, lo cual presenta un panorama en el que pareciera que las pérdidas son mayores que las ganancias. Es una etapa caracterizada por el analizar en retrospectiva la vida, lo cual lleva a tener constantes reajustes del Yo; ya que como dice Allport " Lo que uno ama se convierte en parte de uno mismo". El sujeto a través del proceso de "Extensión del Yo" incorpora ideas, política, recreaciones, y de forma más sobresaliente el trabajo en la Yoidad misma.

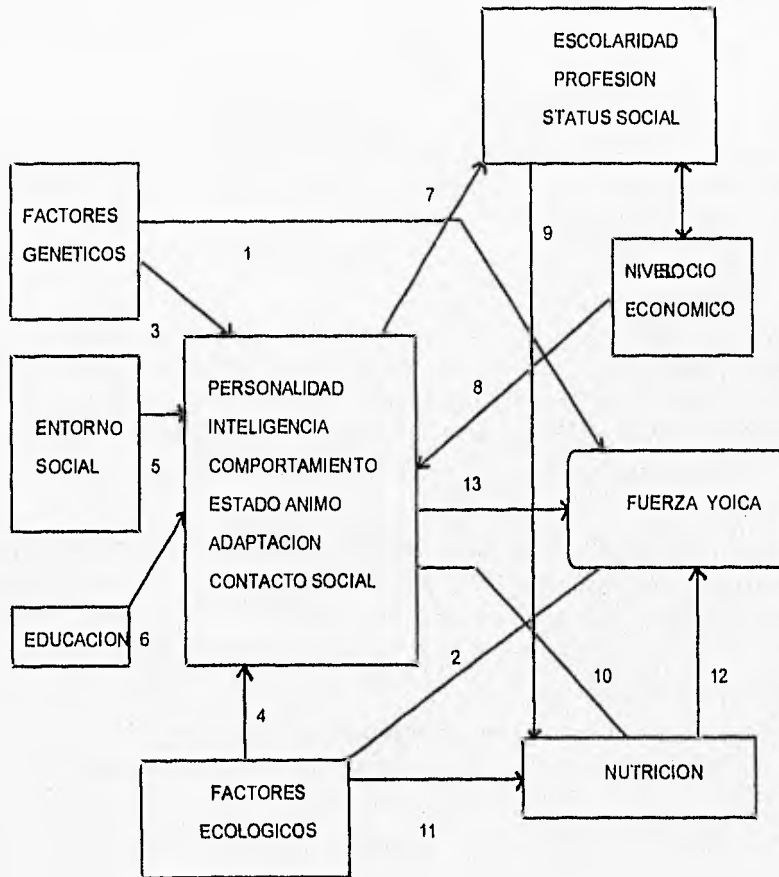
Sin embargo la superación de ésta etapa dependerá de la Fuerza Yoica de cada individuo.

Por otra parte también se debe de tomar en cuenta las diferencias culturales que pudieran existir en cuanto a componentes genéticos (1), factores ecológicos(2); los cuales son capaces de influir directamente sobre el desarrollo de la personalidad de un individuo (3+4), la inteligencia y la actividad.

La estructura de la inteligencia y de la personalidad se ven moldeadas por el entorno social (5), por los tipos de educación impartidos por los padres (6) . La escolaridad (7) que condiciona el tipo de actividad profesional y esto a su vez se correlaciona con el nivel socio- económico(8). El status social (9) ligado a la correspondiente estructura de la personalidad (10) y a otras circunstancias del medio ambiente (11) permiten una nutrición más racional (12) . Lo anterior quedaría gráficamente representado en el cuadro 4.

Este modelo , se podría complementar más aún ; el hacerlo fue sólo para poner de manifiesto el complicado juego de interrelaciones entre las diversas variables . Lo anterior hace resaltar la necesidad de estudios diferenciales que ofrezcan pautas y formas de estudio del Yo , tomando en cuenta los hábitos de vida diferenciados, promovidos por circunstancias sociales y ecológicas muy concretas que contribuyen entre otras al desarrollo de un Yo fuerte.

CUADRO 4. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA FORMACION DE UN YO FUERTE



De acuerdo a los resultados obtenidos, se observó que sí existen diferencias en relación al puntaje obtenido en la Escala Fuerza del Yo y la sintomatología reportada por el sujeto; se observó que los síntomas (somatización, alteraciones en el sueño, irritabilidad, depresión, ansiedad) mantienen una relación de dependencia con la fuerza yoica en su mayoría a excepción de alteraciones en el sueño en el caso de las mujeres; y a la vez se encontró que estos síntomas iban disminuyendo conforme era más elevado el puntaje en la Escala Es.

Giese.F.(1928) (Tomado de Geist, H. 1977) recopiló información con diversos sujetos, acerca de cuando habían advertido que se estaban volviendo viejos, encontrando que la mención de síntomas físicos fue el doble de mentales. La gente instruida fue más propensa a reportar síntomas mentales. Y el decremento del vigor sexual es reportado con más frecuencia por los hombres , como lo que les crea la conciencia de estar envejeciendo.

Por otra parte Jones (1935), observó que el promedio de edad en que un individuo es subjetivamente viejo, es de 49 años, en este caso también observó que se presentaba con mayor frecuencia síntomas mentales en personas instruidas. El deterioro fisiológico parece no ser un elemento muy importante, en el caso de trastornos mentales en el anciano, de más importancia son los efectos acumulativos de la experiencia, la conciencia de las limitaciones y las frustraciones.

Lo anterior sugiere, que la fortaleza del Yo de un individuo no va a depender directamente a su deterioro fisiológico; ya que el desarrollo del Yo está basado en la percepción del mundo exterior ., el como se estructure el Yo , permitiéndole así contar o no con recursos personales para un funcionamiento eficiente ante las tareas que impone cada etapa de la vida.

Erikson, lo diría de la siguiente manera: La formación de la identidad de un individuo se establece en forma gradual a través de sucesivas síntesis del Yo a lo largo de la niñez.

De aquí que dependerá de la forma en que cada individuo haya percibido e introyectado el mundo externo

Las puntuaciones altas en la escala se consideran como una forma de adaptación más favorable ya que como Barron plantea en 1953, la Fuerza Yoica se va a manifestar como gran habilidad para lidiar con el estrés, ausencia de problemas psicológicos crónicos, estabilidad emocional, etc.; así también Butcher 1989, la va a considerar como una medida de adaptación fortaleza, recursos personales, y de funcionamiento eficiente e indicador de salud psicológica.

De alguna forma en el presente trabajo se confirma que en los sujetos con puntuaciones altas en la escala Es, cuentan con mayores recursos y adecuada utilización de estos para enfrentar conflictos de la vida cotidiana, lo cual se pudo observar en las historias clínicas; además de que carecen de síntomas que pudieran referir problemas psicológicos crónicos.

CONCLUSIONES

En conclusión se observó que la Fuerza Yoica en el grupo de la Tercera Edad es más baja en comparación con grupos de sujetos más jóvenes mexicanos, y también en comparación al Grupo Normativo Norteamericano, lo cual permite concluir que la variable edad afecta a la Fuerza Yoica, no por ello se debe prejuizar que esta población tendrá un mal pronóstico en su adaptación y funcionalidad.

La importancia de mencionar lo anterior radica en el hecho de que es necesaria la creación de un sistema de atención más apropiado para ésta población que considere sus características y necesidades. Así mismo contar con instrumentos que ayuden a los profesionales de la salud a detectar aquellos casos que requieren de mayor atención, en particular aquellas personas de la Tercera Edad que por aspectos situacionales no cuenten con la Fuerza Yoica necesaria para enfrentar éste periodo de la vida que les exige constantes adaptaciones.

Respecto a los síntomas aislados de la Entrevista Psiquiátrica Revisada se encontró, que existe dependencia entre estos y la Fuerza Yoica, sin embargo el grado de dependencia no es muy significativo, lo cual muy probablemente se debe a que el número de sujetos fue muy reducido.

Por otra parte pudieran estarse viendo afectados los puntajes de la población en la Escala del Es del MMPI-2, por la sintaxis de los reactivos ya que contienen dobles negaciones en muchos casos por lo que se considera importante que la aplicación sea individualizada a fin de evitar posibles confusiones. Lo anterior también se puede ver influido por la escolaridad de los sujetos, lo cual no fue una variable que se controlara en el presente trabajo.

El hacerse viejo exige una adaptación a las esferas intelectual, social y afectivo emocional. La forma y el grado de adaptación a tales dimensiones esta determinada por la Fuerza Yoica de cada individuo.

Así también los resultados encontrados sugieren que la Escala Fuerza del Yo del MMPI-2, puede ser un instrumento viable a utilizar en esta población, siempre y cuando se lleve a cabo todo un proceso psicométrico que permita validar su uso en esta. Se considera importante la creación de normas específicas para esta población, ya que se podrían generar errores en la interpretación

debido a que si se utilizan las normas originales los puntajes caen en rangos inferiores al de normalidad, pudiendo interpretarse estos como patológicos sin que lo sean, pues como se ha mencionado, son más bien el reflejo de las características de la edad y de la forma individualizada de el proceso de envejecimiento.

Los resultados de la investigación obligan a combatir la ficción (concepción estereotipada) del Modelo del Deterioro del Envejecimiento. Se considera que es un mito creer que tal decadencia sea forzosa (generalización), y que afecte a todas las facultades (universal),y que toque a todas las personas.

Se considera que en un futuro, habrá que demostrar mediante amplios estudios longitudinales, las dimensiones de las formas individuales del curso del envejecimiento y esclarecer las estructuras condicionantes de las variantes inter e intra individuales en la Fuerza Yoica y así poder encausar con estos nuevos conocimientos al individuo a una "**Vejez Feliz**".

ALCANCES Y LIMITACIONES

Dado el carácter exploratorio del presente estudio, y al número de sujetos comprendidos en la muestra, sería ambicioso hacer inferencias generalizables a toda la población senecta del país.

Durante la realización del trabajo se hizo evidente la necesidad de tomar en cuenta variables tales como Escolaridad y Nivel Socioeconómico, ya que éstas afectan también el desarrollo y fortaleza de la estructura Yoica, en términos de funcionalidad y adaptación.

En el presente trabajo se realizó un análisis de los reactivos teniendo esto como objetivo abrir la posibilidad a futuras investigaciones que se centren en el análisis y reestructuración de los reactivos para esta población en forma más profunda.

Es también un punto de partida a futuros análisis y comparación de diferencias entre grupos de edades a fin de conocer, más específicamente las variaciones en la Fuerza Yoica.

Finalmente se pensó que en un futuro no deben menospreciarse los aspectos diferenciales que afectan la formación de una Estructura Yoica Fuerte, para ello deben tomarse en cuenta métodos longitudinales de investigación; sabiéndose de antemano que son costosos y exigen mucho tiempo y esfuerzo, pero proporcionarían una enorme riqueza de conocimiento en cuanto a la evolución de la Fuerza Yoica en cada etapa de la vida.

El conocer el margen normal de la variación de las formas de como se manifiesta la Fortaleza del Yo, en las diferentes etapas del desarrollo, así como sus múltiples y diversos condicionantes, permitirá a la psicología intervenir más eficazmente sobre la Senectud.

BIBLIOGRAFÍA

- Allport, Gordon W.(1986).La personalidad, su configuración y desarrollo. Barcelona. Ed. Herder. Trad. de Ismael Antich de la obra de G.W. Allport "Pattern and Growth in Personality" Winston Inc. New York.
- Allport, Gordon W. (1961). Psicología de la Personalidad. Versión de Miguel Murnis. Buenos Aires. Ed.. Paidós.,
- Ampudia R. Amada. (1994)Tesis de Maestría obtenida en la Universidad Nacional Autónoma de México ; " El MMPI-2 y el rendimiento Académico en un grupo de Estudiantes Universitarios". México.
- Arnaú, Gras J.(1989)Diseños experimentales en psicología y educación. Vol II. México. Ed.Trillas.
- Barron, F.(1953). An ego strength scale which predicts response to psychotherapy.Journal of Consulting Psychology, 17.
- Barron, F.(1956). An ego strength scale which predicts response to psychotherapy.Journal of Psychology, 19.
- Ben- Porath and Butcher J. (1988) Exploratory Analyses of rewritten MMPI Items. Paper Presented At The 23rd. Annual Meeting on recent Developments in use of the MMPI. St. Petersburg. Florida.
- Ben- Porath and Butcher J. (1991) Psychometric Stability of Rewritten MMPI Items. Journal of Personality Assessment. Vol. 53(4): 645-653.
- Brian, L. (1985). Concept of Ego Strength in Psychotherapy.British Journal of Psychiatry. 147.

- Briansky, L.(1986). Psicoterápia en la tercera Edad. Psiquis Revista de Psiquiatria, Vol. 7. British Journal Soc.Med.; 24; 18, 1970.
- Brown, G.F. (1989)Principios de Medición en Psicología y Educación. México. Manual Moderno.
- Butcher, James N.& Pancheri P.Handbook of cross national MMPI research México. Ed. Manual Moderno.
- Butcher, James N.& Williams, C. (1992) MMPI-2 and MMPI-A: Essential of clinical interpretation. Minneapolis. University of Minnesota Pres.
- Butcher, J. N. ; Dahlstrom, W.G.; Graham J.R.; Teller A. and Kaemer, B. (1989) " MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 : Manual for Administration and Scoring." University of Minnesota.
- Butcher, J. N. (1989) " User 's guide for the Minnesota Personnel Report " Minneapolis: National Computer System.
- Butcher, J.N. ; Jeffrey, T.B. ; Clayton, T.G. ; Colligan S. and Cols. (1990) " A Study of Active Duty Military Personnel with the MMPI-2. Journal of Consulting and Clinical Psychology . Vol.2(1): 47-61.
- Butcher & Cols. (1991).Personality and Aging: Study of the MMPI- 2, Among Older Men.Psychology and Aging, Vol.6 No.3 p: 361-370.
- Butcher J. N. y Williams C. L. (1992). Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation. University of Minnesota Press.
- Butcher J.N., Graham J.R., Williams, C. L. & Ben Porath, Y. S.(1989) Development and use of the MMPI2 content Scales. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Campbell, T. D. (1973) Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social. Buenos Aires. Ed. Amorroutu.
- Catell, R.B.et. al.(1980) Cuestionario de los 16 factores de la personalidad; manual e instructivo, parte I. México. Ed. Manual Moderno.
- Cattel, R. B. (1965) The Science Cientific Analysys of Personality.Baltimore. Penguin Books.
- Clavel N. Miguel . López C. Francisco (1989).Tesis de Licenciatura obtenida en la Universidad Nacional Autonoma de México . Normalización del Inventario Psicológico de California en el Personal de tropa de la comandancia de la Fuerza Aerea Mexicana; México.
- Colligan R. C.; Osborne D.; Swenson W. and Offord K. (1983) The MMPI-2 : A Contemporary Normative Study . Ed. Praeger. New York.
- Comfort, Alexander (1964)The Process of AgeingNew York. New American Library.
- Comfort, Alexander (1986)Una Buena Edad. La Tercera Edad. Trad. Ignacio Ruiz, Pabón Torres. Ilustr. Michael Leonard. Barcelona. Ed. Blumt.
- Cowdry, Edmund V. (1942) El cuidado del paciente geriátrico Trad. Jorge Avendiño. México. Ed. Prensa Médica Mexicana.
- Craig J. R. (1987) Métodos de Investigación Psicológica . Ed. Interamericana. México. p.149-156.
- Cueli, J. Reild (1972) Teorías de la Personalidad. Ed. Trillas . México.

- Dahlstrom, W.G.(1992)The Growth in Acceptance of the MMPIJournal of Professional Psychology: Research and Practice, 23, de Salud para detectar psicopatología en la población universitaria".
- Dahlstrom W. G., Welsh G. S. & Dahlstrom L. E. (1972) . An MMPI hand Book: Vol. I Clinical Interpretation. Minneapolis University of Minnesota Press.
- Dahlstrom W. G., Welsh G. S. & Dahlstrom L. E. (1975) . An MMPI hand Book: Vol. II Clinical Interpretation. Minneapolis University of Minnesota Press.
- Dahlstrom W. G. & Welsh G. S. (1960) An MMPI Hand Book a guides to use in clinical practice and reserch. Minneapolis University of Minnesota Pres.
- Davila y M. Emma, Muñoz C. Ma. de Lourdes (1976). Tesis de Licenciatura obtenida en la Universidad Nacional Autonoma de México; ; Probar validez Predictiva de la Prueba Inventario de Preferencias Personales de Edwards EPPS. en el campo Industrial.México.
- De Fuente R. Aida, Sandoval G. Manuel (1979). Tesis de Licenciatura obtenida en la Universidad Nacional Autonoma de México; Estudio Normativo del MMPI en cuatro clases socioeconómicas en adultos del D.E. .México.
- Downie, N.M.(1990) Métodos Estadísticos Aplicados. México.Ed. Harla.
- Dystler L. S., May P. R. & Tuma A. H. (1964). Anxiety and ego strength as predictors of response on treatment in schizophrenia patients. Journal of Consulting Psychology . Vol. 28 p: 170-177.
- Eco Humberto (1991). Como se hace una Tesis. vers. de Lucia Baranda.Barcelona. Ed.Cedisa,S.A.

Enciclopedia Ilustrada de la Lengua Española (1982). Diccionario Léxico Hispano Tomo I,II. México. Ed. Jackson.

Enciclopedia Práctica de la Lengua (1981) Tomo I. México. Ed. Cumbre S.A.

Erickson, E.H. (1960) Identity and the Life Cycle. New York International Universities Press.

Esquivel A. Fayne (1993). Tesis de Maestría obtenida en la Universidad Nacional Autónoma de México; Modelo de Psicoterapia Breve en la Tercera Edad. México.

Facultad de Psicología, UNAM (1991) Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. Trad. Selectiva de " Publication Manual of the American Psychological Association" hecha por Javier Alatorre y Hector Torres. México. Deplo. de Publicaciones.

Facultad de Psicología, UNAM (1993) Instructivo para la Titulación en Licenciatura México. División de estudios profesionales.

Freud, S. (1904) On Psychotherapy Collected Papers . Vol I. Londres. Hogarth Press. p: 288.

Geist Harold (1977) Psicología y Psicopatología del Envejecimiento. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Getter & Sundland D.M. (1962). The Barron Ego Strength Scale and Psychoterapy Outcome. Journal of Consulting Psychology . Vol. 26 p: 195.

Goldberg D.P., Cooper B.; Eastwood M.R.; Kedward H.B.; Shepherd M. (1970) . "A standardized Psychiatric Interview Suitable for use in Community Surveys". British Journal Soc. Medicine ; 24; 18.

- Goldberg D.P. and Hiller V.F. (1979) "A scale version of the General Health Questionnaire".
Psychological medicine , 9 ; 139- 145. Britain.
- Gonzales, J.L.(1987).Psicología de la Personalidad. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Good P. K. & Brantner J. P. (1961). The physician guide to the MMPI .Minneapolis
University of Minnesota Press.
- Graham J. R. (1987). MMPI Guia Practica . Ed Manual Moderno . México.
- Greene, R.L. (1989). The MMPI: An Interpretative Manual. 2nd. Edition. New York; Grune
and Stratton.
- Hathaway, S. & Mc Kinley. (1981) Manual de Calificación e interpretación del
MMPI; Forma R. en colab. Dr. Rafael Nuñez. México. Ed. Manual Moderno.
- Hathaway S. R. & Briggs P. I. (1957). Some normative data on new MMPI Scales. Journal
Clinical Psychology, Vol.13 p: 364- 368.
- Holmes E. R. (1967) . Introduction to Psychology. En Cueli J., De Aguilar, L. , Marti C. ,
Latirgue, T. & Michaca, P. (1972). Teorias de la Personalidad. Ed. Trillas.
México.
- Hope, R.C. et al. (1991) Interrelations between Ego Functions and Personality Traits: Their
Relation to Psychotherapy Outcome. American Journal of Psychotherapy,
Vol.XLV, No.1.
- Instituto Nacional de la Senectud INSEN (1992) Detección de las características y
necesidades básicas de la población senecta del país . Informe preliminar:
Encuesta gerontológica. México.

- Jiménez H.F. (1988) Psicología del Anciano : Trastornos Psíquicos Menores: Alcoholismo en la vejez . Manual de Geriatria . Ed. Salvat . México.
- Jones, L.W. (1935). Personality and Age Nature (Londres) . En Ciesit Harold (1977) Psicología y Psicopatología del Envejecimiento . Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Lawrence A. Pervin (1988) Personalidad : Teoría , Diagnóstico, e Investigación Barcelona. Ed. Desclee de Brouwer Española.
- Lehr, U. (1980) . Psicología de la Senectud . Biblioteca de Psicología. Ed.Herder Barcelona.
- Lucio G. M. & Amada A. R. (1995). Introducción al uso de la Nueva Versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), en la Evaluación Psicológica . Prensa Facultad de Psicología UNAM. México.
- Lucio G. M. & Reyes L. I. (1992). Estandarización y Normalización del MMPI-2 en Español, en un Grupo de Estudiantes Universitarios . Prensa Facultad de Psicología . UNAM. México.
- Lucio G.M.E.; Reyes Lagunes, I; La Nueva Versión del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota MMPI-2 para Estudiantes Universitarios Mexicanos. Revista Mexicana de Psicología;1994; Vol.11 No.1; 45-54.
- Maldonado R. J.L., Saldaña C. Xacur Río (1981). Tesis de Licenciatura obtenida en la Universidad Nacional Autónoma de México; Estandarización del Inventario Psicológico de California (CPI), en la población estudiantes de la UNAM. . México.
- Martínez Beltrán , Morales Flores (1985). Tesis de Licenciatura obtenida en la Universidad Nacional Autónoma de México; Normalización del MMPI en una Institución Educativa.México.

- Martínez Lanz, P. et al. (1983) Prevalencia de trastornos emocionales en personas de edad avanzada. Salud Pública en México, Vol.25 No. 6.
- Mendenhall; Reinmuth.(1989); Estadística para Administración y Economía. Ed. Iberoamérica; México, p: 241-270; 413-422;561.
- Merani, A. L. (1989) Enciclopedia de Psicología : Diccionario de Psicología. México. Ed.Grigoalbo.
- Michaca P. (1987) Desarrollo de la Personalidad. Ed. Pax. México. p-28.
- Monedero , C. (1986) Psicología Evolutiva del Ciclo Vital. Madrid. Ed.Biblioteca Nueva.
- Motlis, J. (1985). El Dado de la Vejez y sus Seis Caras. Madrid. Ed. Altalena.
- Neimeyer, Greg J. (1991) Personal Memories and Personal Identity: The Impact of Ego Development on Autobiographical Memory Recall. Journal of Personality and Social Psychology. 60.4.
- Neugarten B. I. y Havighust R.J. (1977) Extending the Human Life Span. Social Policy and Social Ethics. U.S. Government Printing Office. Washington ,D. C.
- Nuttin, J. (1973) La Estructura de la Personalidad. Barcelona. Ed.Kapeluz. Psychiatric Interview suitable for use in community surveys". Psychological Medicine, 1979, 9; 139-145.Britain.
- Pancoast D. L. and Archer R. D. (1989) " Normas de Adultos del MMPI Original en Muestras Normales: Una revisión con implicaciones para el futuro desarrollo " Journal of Personality Assessment . Vol. 53 (2): 376-395.
- Rivera, O. (1991) Interpretación del MMPI en Psicología Clínica, Laboral y Educativa. Ed. Manual Moderno. México.

- Rodríguez, A. (1980) Investigación Experimental en Psicología y Educación. Trillas;México.
- Romero Mendoza. M.; Medina Mora M. (1987)" Validez de una Versión del Cuestionario General de Salud para detectar Psicopatología en la Población Universitaria ". Salud Mental , Vol. 10 No.3 ; p. 90-97.
- Ross Stagner (1974) Psicología de la Personalidad. México. Trillas.
- Saéz, N. & Vega J.L.(1989) Acción Socio Educativa en la Tercera Edad.Pedagogía Social, Colección Educativa y Enseñanza.barcelona. Ed.CEAC.
- Salvarezza, L. (1988) Psicogeriatría: Teoría y Clínica. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Santa Ma., A. (1991)Diccionario de Sinónimos y Antónimos. México. Ed. Sopena.
- Schill, Thomas & Thomsen D. (1987). Anger, Hostility, and the Barron Ego Stregth Scale. Psychological Reports, 60.
- Schuldberg, D. (1992) Ego Stregth revised: A comparison of the MMPI-2 and MMPI-1 versions of the Barron Ego Stregth Scale. Journal of Clinical Psychology, 48.
- Sheldom, W.H. (1955) Las variedades del Temperamento en colab. con S.S. Stevens. vers. castellana. Luis Fabricant. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Siflamy, N. (1990) Diccionario de la Psicología. México.Ed.Larousse.
- Staff. (1992,Octubre 3,2 Comparison of the original MMPI, MMPI-2, and MMPI-A. MMPI-2 News and Profiles: A News Letter of MMPI-2, workshops and symposia.

- Strassberg, D.; Clutton S. ; korboot P. (1991) A descriptive and Validity Study of the Minnesota multiphasic Inventory-2 (MMPI-2) in an elderly Australian Sample. Journal of Psychopatology and Behavioral Assessment . Vol.13 No.4; p. 301-311.
- Taylor J.W. (1953). Relation ship of success and length and psichoterapy. Journal of Consulting Psychology. Vol. 39 p: 951- 957.
- Tous, J.M. (1986). Psicología de la Personalidad Barcelona. Ed.Promociones Universitarias.
- Walter, Mischel (1973) Personalidad y Evaluación. México. Ed. Trillas.
- White House Conference on Aging (1982). Final Report of the 1982 White House Conference on Aging. Department of Health and Human Servives. Washington DC 20201. Vol.I
- Whitlow & Peck (1987) Enfoques sobre la Teoría de la Personalidad .Psicología Básica. México. Ed.CECSA.

COMENTARIO FINAL

Parece de suma importancia, hacer hincapié en el hecho de que el anciano sigue siendo persona como todos, y por ende, sigue teniendo necesidades de reconocimiento, afecto protección, etc.; sin embargo la mayoría olvida esto y se cometen errores que ocasionan marginación.

Pudiera parecer al leer todos los cambios y circunstancias que rodean a la vejez, que esta es poco gratificante y que además sale de nuestro control, pero de aquí parte el interés por hacer este último comentario, ya que se considera que está en manos de cada uno de nosotros el proporcionarnos una vejez placentera.

Al analizar el por qué de nuestras actitudes ante la población de la Tercera Edad, documentarnos y enriquecer todo esto con la convivencia con ellos, se concluye que el problema de rechazo a la vejez es básicamente debido a la falta de educación y preparación para enfrentar una etapa más de nuestra existencia, ya que se pone mucha atención en etapas tales como la adolescencia, por ejemplo, donde se dan una serie de cambios tanto físicos como emocionales, los cuales requieren de un reajuste, pero, ¿y qué acaso no sucede lo mismo cuando nos enfrentamos a la vejez?, igualmente se dan una serie de cambios que requieren de ajuste, pero desafortunadamente, muy pocas personas se encuentran preparadas para recibir dignamente la vejez, en su mayoría, tienen que adaptarse a la situación de manera tajante, ya que esta les llegó y pensaron que era algo muy lejano, en este punto cabe recordar aquel refrán que dice: +, es momento de que todos tomemos conciencia de que cada día estamos envejeciendo y de que tenemos la oportunidad de planearnos una vejez feliz, tal y como debe ser.

En la vejez se van a producir cambios físicos y también psicológicos, siendo estos en su mayoría en detrimento de la persona, sin embargo, no necesariamente las enfermedades deben ser un componente de la vejez, esto es algo que se puede controlar, cuidando nuestra salud con anticipación.

Como futuros ancianos, debemos prepararnos un lugar para vivir digno, cómodo, agradable, ya que va a ser el lugar donde vamos a desempeñar la gran mayoría de nuestras actividades y por tanto donde pasaremos más tiempo; si no nos proporcionamos esto, muy probablemente caeremos en depresiones; hay que tomar en cuenta que nuestra casa, nuestro modo de vestir, son reflejo de lo que somos y sentimos.

De ninguna manera se debe dejar de ser activa o permitirse no tener intereses; la vida es movimiento, cambios y debemos seguir en ello, porque si no, es como si nos negáramos a seguir viviendo y esto sólo terminaría por convertirnos en un vegetal. Entre más cosas tengamos en qué pensar, tendremos menos tiempo de pensar en achaques.

Si la persona ya es jubilada, puede asistir a una clase que siempre deseó, convivir con quienes le rodeen, o bien poner en orden aquellos papeles que siempre quiso pero no tenía tiempo, y a propósito cabe resaltar la enorme ventaja que tienen sobre muchos son " dueñas de su tiempo ".

Así hay que analizar y concientizar todas las actitudes que nos han dejado cosas buenas en la vida, pero también, aquellas que han dejado ratos amargos y procurar superarlas; ya que todas nuestras cualidades o defectos de juventud se van a remarcar en la vejez, lo cuál podría ser la enorme diferencia entre estar solos o acompañados, entre que la gente quiera o no estar con nosotros.

Por último algo muy importante, **el dinero**, debemos ahorrar en nuestra etapa productiva para poder darnos paz, comodidad y bienestar en la vejez.

Como se podrán dar cuenta, todo lo anterior se deberá iniciar desde la juventud y si es posible antes, no sólo para estar bien en esa etapa, si no para estar bien en todas las etapas de la vida que tarde o temprano vamos a cursar. He aquí la importancia de la educación; educación que tiene como fin el tener una vejez digna y feliz, y que cuando volteemos a ver a las generaciones venideras podamos decirles con el más grande orgullo y sin el más pequeño asomo de dolor " **Como te ves me vi, y como me ves te verás** ".

APENDICE

A

ENTREVISTA PSIQUIATRICA MODIFICADA

I.HISTORIA MEDICA GENERAL

I.1. FICHA DE IDENTIFICACION

SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()

EDAD: _____

EDO.CIVIL: _____

I.2. MEDICAMENTOS QUE HIA TOMADO EN EL ULTIMO MES

I.3. ANTECEDENTES NO PSIQUIATRICOS

I.4. ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS

I.5. ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES DE IMPORTANCIA

2. SINTOMAS REPORTADOS

2.1. SINTOMAS SOMATICOS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DISNEA | <input type="checkbox"/> AUMENTO DE PESO |
| <input type="checkbox"/> PALPITACIONES | <input type="checkbox"/> SUDORACION EXCESIVA |
| <input type="checkbox"/> DOLOR U OPRESION | <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL |
| <input type="checkbox"/> SENSACION DE DESMAYO | <input type="checkbox"/> DISFUNCION SEXUAL |
| <input type="checkbox"/> MAREO | OTROS _____ |
| <input type="checkbox"/> PARESIAS | |
| <input type="checkbox"/> PERDIDA DE PESO | |

2.2 FATIGA

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> MAÑANAS | <input type="checkbox"/> TARDES/ NOCHES |
|----------------------------------|---|

2.3. ALTERACIONES EN EL SUEÑO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> INSOMNIO INICIAL | <input type="checkbox"/> INSOMNIO INICIAL |
| <input type="checkbox"/> INSOMNIO TERMINAL | <input type="checkbox"/> INSOMNIO INICIAL |
| | <input type="checkbox"/> HIPERSOMNIA |

2.4. IRRITABILIDAD

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SELECTIVA | <input type="checkbox"/> GENERAL |
|------------------------------------|----------------------------------|

3. DISMINUCION DE LA CONCENTRACION

3.1. ANIMO DEPRESIVO

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MAÑANAS | <input type="checkbox"/> MOTIVADO |
| <input type="checkbox"/> TARDES/ NOCHES | <input type="checkbox"/> INMOTIVADO |
| <input type="checkbox"/> MOMENTANEAS | <input type="checkbox"/> RECURRENCIAS |

3.2. ANSIEDAD

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MAÑANAS | <input type="checkbox"/> SITUACIONAL |
| <input type="checkbox"/> TARDES/ NOCHES | <input type="checkbox"/> GENERAL |

3.3. FOBIAS

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AGORAFOBIA | <input type="checkbox"/> FOBIA SOCIAL |
| <input type="checkbox"/> FOBIAS SIMPLES | <input type="checkbox"/> OTROS _____ |
| (ZOOFOBIA, CLAUSTRFOBIA, ETC.) | |

3.4. OBSESIONES Y COMPULSIONES

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> RIGIDEZ, PERFECCIONISMO | <input type="checkbox"/> IDEAS OBSESIVAS |
| <input type="checkbox"/> INDECISION | |
| <input type="checkbox"/> ACTOS COMPULSIVOS | |

3.5. DESPERSONALIZACION

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DESPERSONALIZACION | <input type="checkbox"/> DESREALIZACION |
|---|---|

4. ANORMALIDADES MANIFIESTAS**4.1. LENTITUD Y CARENCIA DE ESPONTANEIDAD**

- (1) Actitud y lenguaje normales , responde a las preguntas con prontitud , espontaneidad y expresividad.
 - (2) Hay evidencia de lentitud y/o poca espontaneidad, pero el clínico lo considera una característica habitual, o carece de significado patológico.
 - (3) Lentitud y/o falta de espontaneidad en la entrevista , atribuibles a enfermedad psiquiátrica y no a característica psiquiátrica.
 - (4) Fácilmente se aprecia retardo psicomotor atribuible a enfermedad psiquiátrica.
 - (5) El retardo psicomotor es muy intenso.
- (Si la calificación es mayor de 2 consigne la razón)

4.2. DEFENSIVO, SUSPICAZ

- (1) Cooperador, amistoso; su comportamiento es normal durante la entrevista.
 - (2) Defensivo y desconfiado, se considera una forma habitual de responder o carece de significado patológico.
 - (3) Evasivo y francamente defensivo, puede preguntar la razón de reactivos.
 - (4) Suspícaz al grado de obstaculizar en ocasiones la entrevista, demandame y exigente, muestra descontento y antagonismo ocasional.
 - (5) Suspícaz intenso, el sujeto puede manifestar que el entrevistador o alguna parte de la entrevista son para incomodarlo o molestarlo.
- Puede manifestar ideas delirantes de referencia , puede rehusar contestar las preguntas, mostrase hostil y demandar salir del consultorio.
- (Si la calificación es mayor de 3 consigne un ejemplo.)

4.3. HISTRIONICO

- (1) Ausencia de manifestaciones histriónicas.
 - (2) Aumento en la expresividad de las emociones.
 - (3) Llama la atención hacia sí mismo intensamente (egocéntrico).
 - (4) Hiperreactividad ante estímulos menores.
 - (5) Brote de enojo irracional o berrinches , conducta marcadamente manipulatoria.
- (Si la calificación es mayor de 3 consigne un ejemplo.)

4.4. DEPRIMIDO

- (1) Ausencia de manifestaciones depresivas..
 - (2) se muestra triste o apesadumbrado con motivo real, o bien una forma habitual de ser.
 - (3) Muestra tristeza, desesperanza, en sí mismo, facies de tristeza, minusvalía..
 - (4) Lloro durante la entrevista, facies depresivas, retardo psicomotor, inhibición.
 - (5) Presenta facies de depresión, llanto incontrolable, dificultad para concentrarse, severo retardo psicomotor e inhibición.
- (Si la calificación es mayor de 3 consigne un ejemplo.)

4.5. ANSIOSO, TENSO, AGITADO

- (1) Ausencia de manifestaciones ansiosas, tensión o agitación.
 - (2) La tensión es una característica habitual y es una respuesta razonable a la entrevista.
 - (3) El paciente muestra discreta tensión motora, inquieto, mueve sus manos, las frota, dificultad para relajarse, respiración suspirante, parpadeo frecuente, lenguaje presuroso.
 - (4) Facies de preocupación, gestículación, bloqueos, inquietud motora, impaciencia, se mueve mucho, distractibilidad.
 - (5) Irritabilidad, brotes emocionales e incontrolables, agitación motora, temblor, sudoración, piloerección, palidez o ruborización, facies de temor e incluso terror, desmayos.
- (Si la calificación es mayor de 3 consigne un ejemplo.)

4.6. EUFORICO EXALTADO

- (1) Ausencia total de euforia y exaltación durante la entrevista.
 - (2) Entusiasmo como característica habitual y/o apropiada a la circunstancia del paciente, en el momento de la entrevista.
 - (3) Exaltación leve, eufórico, el juicio del paciente no está alterado.
 - (4) Exaltación marcada, alteraciones moderadas en el juicio, pensamiento y capacidad introspectiva del paciente, la entrevista presenta dificultades momentáneas.
 - (5) Severas exaltación: risa contagiosa, chistes, fuga de ideas, alteraciones severas en el juicio.
- (Si la calificación es mayor de 3 consigne un ejemplo.)

4.7. APLANADO, INCONGRUENTE

- (1) Estado de ánimo sin incongruencia y aplanamiento.
 - (2) Lacónico respecto a algunos temas afectivos, pero como característica habitual.
 - (3) Falta de respuesta emocional clínicamente significativa, al discutir temas de importancia o algunas respuestas emocionales incongruentes durante la entrevista.
 - (4) Falta importante de respuesta emocional, frialdad, desapego, incapacidad para transmitir sentimientos, retracción de contacto afectivo. No muestra preocupación realista acerca del futuro y da respuesta francamente incongruentes.
 - (5) Ninguna respuesta emotiva adecuada, incongruencia ideoafectiva severa.
- (Si la calificación es mayor de 3 consigne un ejemplo.)

4.8. INTERPRETACIONES ERRONEAS, TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO

Y DELIRIOS.

- (1) Sin anomalías en estas áreas
- (2) Creencias excéntricas o interpretaciones erróneas triviales y culturales: aberraciones en la sintaxis, no debidas a trastornos del pensamiento. Supersticiones.
- (3) Ideas sobre valoradas, ideas simples de referencia, errores de juicio evidentes. Percepciones delirantes y alteraciones del pensamiento leves como respuesta inadecuada en forma aislada.
- (4) Delirios: culpas, nihilista, celotipias y otros que alteran la comunicación en forma momentánea.
- (5) Delirios: culpas, nihilista, celotipias y otros que alteran la comunicación intensamente a lo largo de la entrevista.
- (Si la calificación es mayor de 3 consigne un ejemplo.)

4.9. ALUCINACIONES

- (1) Ausencia de alucinaciones.
- (2) Experiencias perceptuales no patológicas: hipnagógicas, o ilusiones transitorias.
- (3) Pseudo alucinaciones visuales y/o auditivas : alucinaciones elementales (ruidos de maquinaria, zumbidos)
- (4) Alucinaciones ocasionales (1 ó 2 veces por semana) durante el último mes.
- (5) Alucinaciones frecuentes (3 ó más veces por semana) durante el último mes.
- () Elementales () Auditivas
- () Visuales () Olfatorias
- () Otras
- (Si la calificación es mayor de 3 consigne un ejemplo.)

4.10. ALTERACIONES EN EL INTELLECTO Y DAÑO ORGANICO

(1) Sin anomalías en estas áreas

(2) Creencias excéntricas o interpretaciones erróneas triviales y culturales: aberraciones en la sintaxis, no debidas a trastornos del pensamiento. Supersticiones.

(3) Ideas sobre valoradas, ideas simples de referencia, errores de juicio evidentes. Percepciones delirantes y alteraciones del pensamiento leves como respuesta inadecuada en forma aislada.

(4) Delirios: culpas, nihilista, celotipias y otros que alteran la comunicación en forma momentánea.

(5) Delirios: culpas, nihilista, celotipias y otros que alteran la comunicación intensamente a lo largo de la entrevista.

(Si la calificación es mayor de 3 consigne un ejemplo.)

4.11. EXCESIVA PREOCUPACION POR LAS FUNCIONES CORPORALES

(1) Sin alteraciones o la preocupación está bien sustentada.

(2) El paciente está únicamente preocupado, pero no molesto, o existe duda del entrevistador.

(3) Preocupación patológica secundaria o estados de ansiedad, depresión y otros síntomas patológicos.

(4) Grado marcado de preocupación, el paciente habla constantemente de sus síntomas.

(5) Se muestra delirante.

(Si la calificación es mayor de 3 consigne un ejemplo.)

4.12. CONTENIDO DEPRESIVO DEL PENSAMIENTO

- (1) Ausencia de pensamientos depresivos.
 - (2) Tendencia pesimista no patológica.
 - (3) Pensamiento depresivo patológico leve (autodepreciación, culpa, desesperanza).
 - (4) Ideas depresivas intensas y frecuentes (autodepreciación, culpa; pueden presentarse ideas suicidas estructuradas, rumiación persistente de que todo termine o desesperanza severa).
 - (5) Contenidos delirantes depresivos: Nihilista, culpa y autodevaluatorios, intentos de suicidio.
- () Autodepreciación () Ideas suicidas
- () Culpa patológica () Actos suicidas
- () Desesperanza

(Si la calificación es mayor de 3 consigne un ejemplo.)

4.13. ALCOHOLISMO

- (1) Respuesta negativa a preguntas obligatorias.
- (2) El patrón de consumo es de tipo social, sólo en forma ocasional se emborracha.
- (3) Ha tenido problemas graves en su trabajo, pero puede suspender la ingesta a voluntad..
- (4) Ha tenido problemas graves en su trabajo y en su familia , no puede controlar su consumo.
- (5) Sufre lagunas mentales, ha tenido riñas alcoholizado, presenta complicaciones orgánicas por el consumo de alcohol (síndrome de abstinencia, delirium tremens, cirrosis hepática,etc.)

(Si la calificación es mayor de 3 consigne un ejemplo.)

5. IMPRESIONES DIAGNOSTICAS**5.1. CONFIABILIDAD DE LA INFORMACION**

- (1) BUENA
- (2) REGULAR
- (3) POBRE

6. CALIFICACION DE SEVERIDAD**6.1. DIAGNOSTICO**

PRINCIPAL: _____
ASOCIADO: _____
RASGOS DE PERSONALIDAD: _____

6.2. TOTAL GLOBAL DE SEVERIDAD

- (1) Sujeto asintomático en su dimensión mental..
- (2) Presenta alteraciones emocionales ó psicológicas, pero no amerita tratamiento psiquiátrico, porque no son suficientemente intensas o se confunden con una estructura caracterológica.
- (3) Sintomatología moderada, no complicada; requiere ayuda en consulta externa.
- (4) Necesita ayuda psiquiátrica forzosamente en consulta externa, e incluso podría beneficiarse con internamiento, aunque no indispensable.
- (5) El sujeto requiere hospitalización psiquiátrica forzosamente.

APENDICE

B

SUJETO # 1

SEXO: Femenino

EDAD: 65 años.

EDO. CIVIL: Casada.

SITUACIÓN FAMILIAR: Vive con su marido y sus dos hijas, comenta llevar una vida armónica y llena de satisfacciones.

SITUACIÓN ECONÓMICA: La situación es estable y cómoda, ya que cuenta con ciertas propiedades, cuya renta le permite vivir holgadamente.

La señora estudió medicina, y la ejerció, junto con sus esposo, en su consultorio particular, hasta hace dos años, sin embargo de vez en cuando da consulta a familiares y amigos.

Cree que la educación debe tener un papel muy importante en todas las familias, como la libertad de elegir y ser; comenta que ella siempre ha tratado de que en su casa, reine un ambiente de respeto a la persona, y les ha inculcado a sus hijas la necesidad de ser independientes, mental y económicamente. Se siente plena, pero considera que aún le falta mucho que hacer. Le agrada tener control sobre lo que ocurre a su alrededor.

ESCALA FUERZA DEL YO/ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA REVISADA:

Su puntaje T en la escala Es del MMPI-2, fué de 67, el cual se localiza por arriba del rango de normalidad para la muestra.

En la Entrevista Psiquiátrica Revisada, se observó que es un sujeto asintomático en su dimensión mental.

CONCLUSIONES:

Se trata de un sujeto de sexo femenino que representa su edad cronológica. La cual se encuentra bien ubicada en tiempo, espacio y sin alteraciones en el juicio.

No se observaron problemas psicológicos crónicos.

Presenta estabilidad emocional, confianza en sí misma e intereses bien desarrollados

SUJETO # 2

SEXO: Femenino

EDAD: 74 años.

EDO. CIVIL: Casada.

SITUACIÓN FAMILIAR: Vive con su esposo .

SITUACIÓN ECONÓMICA: Se ha dedicado toda su vida al hogar, el esposo es quien la ha sostenido logrando buena posición..

Considera ser una persona afortunada por la vida que ha llevado, y sobre todo por su hijo, sin embargo, siente que es muy "preocupona" tanto por el esposo como por su hijo.

Dice que ellos son su vida y que no soportaría que algo les pasara. Comenta que hasta ahora que ya es más viejo su marido pasa más tiempo con ella, ya que antes apenas lo veía por que el S. trabajaba todo el día. Dice la Sra. que su esposo es una persona muy inquieta y que no logra estar tranquilo que para él fué muy difícil el hecho de dejar de trabajar tanto, lo cual le hace estar de mal humor en ocasiones, optando ella en estas ocasiones por callarse y esperar a que se le pase.

ESCALA FUERZA DEL YO/ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA REVISADA:

Su puntaje T en la escala Es del MMP1-2, fué de 27, el cual es uno de los puntajes más bajos respecto al grupo .

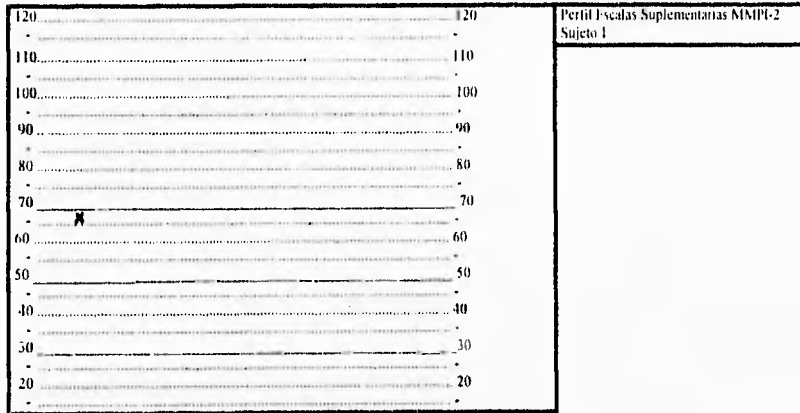
En la Entrevista Psiquiátrica Revisada, se observó una sintomatología moderada no complicada que requiere ayuda en consulta externa.

CONCLUSIONES:

Se trata de un sujeto de sexo femenino que representa su edad cronológica. La cual se encuentra bien ubicada en tiempo, espacio y sin alteraciones en el juicio.

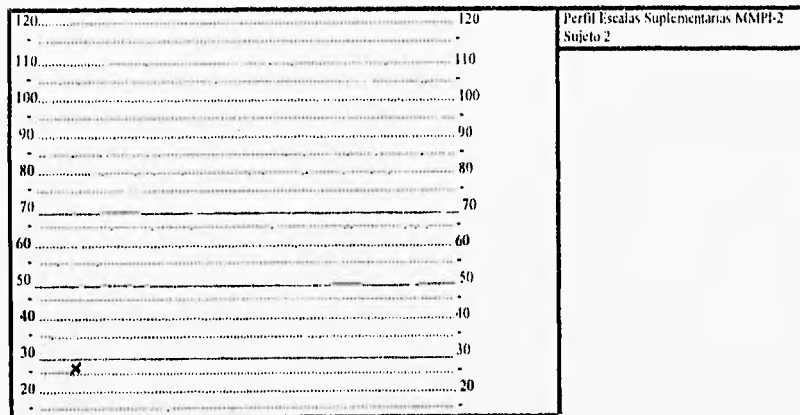
Sin embargo, se puede hablar de cierta inestabilidad emocional corroborada en la Entrevista Psiquiátrica Revisada, ya que periódicamente atraviesa por estados depresivos y ansiosos, sin que estos lleguen a incapacitarla en su actividad cotidiana, Tendiente a somatizar lo que pudiera reflejar falta de elementos para el control del estrés.

PERFILES SUJETOS DEL SEXO FEMENINO



ES

PUNTAJE T : 67



ES

PUNTAJE T : 27

SUJETO #3

SEXO: Masculino

EDAD: 70 años.

EDO. CIVIL: Casado.

SITUACIÓN FAMILIAR: Vive solo con su esposa, no tuvieron hijos.

SITUACIÓN ECONÓMICA: Irregular.

El Sr. es profesor de primaria jubilado, el ingreso que obtiene, según el mismo comenta, no es suficiente, por lo que la Sra. le ayuda organizando tandas y vendiendo colchas; aun así en ocasiones se ven presionados.

Comento el Sr. que el desearía que "ya se lo llevara Dios", por que siente que solo es una carga para la Sra.; que ya no tiene fuerzas ni ganas de hacer las cosas .

Actualmente ya no sale a ningún lado y se la pasa viendo la televisión todo el día.

ESCALA FUERZA DEL YO/ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA REVISADA:

Su puntaje T en la escala Es del MMPI-2, fué de 27, el cual se localiza muy por debajo del rango de normalidad .

En la Entrevista Psiquiátrica Revisada, se observó una sintomatología moderada, que requiere atención inmediata.

CONCLUSIONES:

Se trata de un sujeto de sexo masculino con edad aparente a la cronológica. El cual no presenta alteraciones en el juicio y se encuentra bien ubicado en tiempo y espacio .

Sin embargo se observan tendencia a la somatización y a caer en estados depresivos, siendo todo esto indicadores de inestabilidad emocional.

SUJETO #4

SEXO: Masculino

EDAD: 69 años.

EDO. CIVIL: Casado.

SITUACIÓN FAMILIAR: Los Sres. viven con una hija que aún estudia. Tienen 30 años de casados.

SITUACIÓN ECONÓMICA: La situación es estable

El Sr. es químico farmacéutico, y actualmente atiende una farmacia de ellos.

El Sr. comenta que es una persona que no sabe estar quieta, se levanta diario a las 6:00 a.m. y a las 7:00 a.m. abre su farmacia hasta las 8:00 p.m., tiene dos personas que les ayudan a atenderla, por ello es que en ocasiones se va a dormir un rato, a comer o a arreglar otros asuntos.

Los sábados los dedica a visitar a sus otros hijos (dos varones) ya casados, y los domingos la pasan en casa.

El Sr. tiene problemas con su columna vertebral, lo cual le provoca dolores, pero procura hacer ejercicios y tomar sus medicamentos regularmente, comenta que lo único que le daría horror sería que terminara en una silla de ruedas se sentiría atado y eso lo pondría muy mal.

ESCALA FUERZA DEL YO/ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA REVISADA:

Su puntaje T en la escala Es del MMPI-2, fué de 67, el cual se localiza por arriba del rango de normalidad.

En la Entrevista Psiquiátrica Revisada, se observó que es un sujeto asintomático en su dimensión mental.

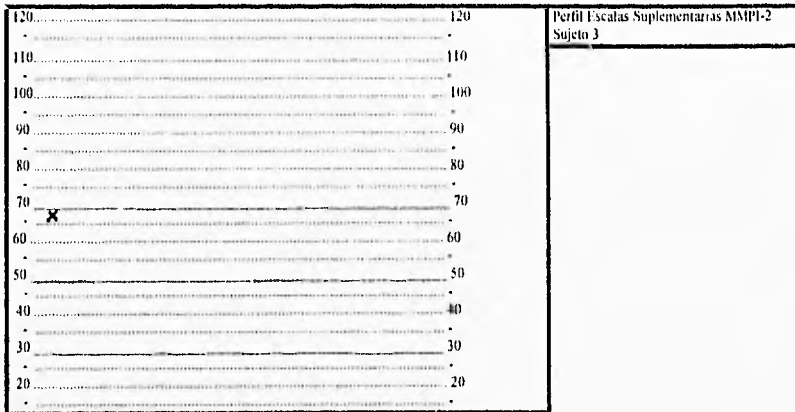
CONCLUSIONES:

Se trata de un sujeto de sexo masculino que representa su edad cronológica. El cual se encuentra bien ubicado en tiempo, espacio y sin alteraciones en el juicio.

No se observaron problemas psicológicos crónicos.

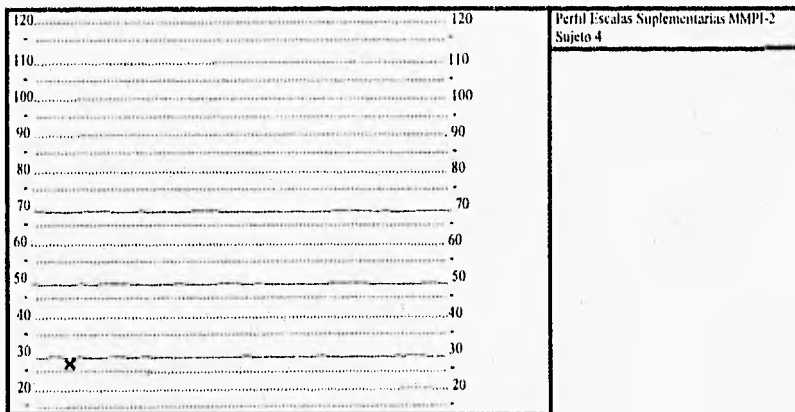
Presenta estabilidad emocional, confianza en si mismo e intereses bien desarrollados

PERFIL SUJETOS DEL SEXO MASCULINO



ES

PUNTAJE T: 67



ES

PUNTAJE T: 27

APENDICE

C

TABLA DE COMPARACIÓN DE MEDIAS
GRUPO NORMATIVO Y TERCERA EDAD
DEL SEXO FEMENINO

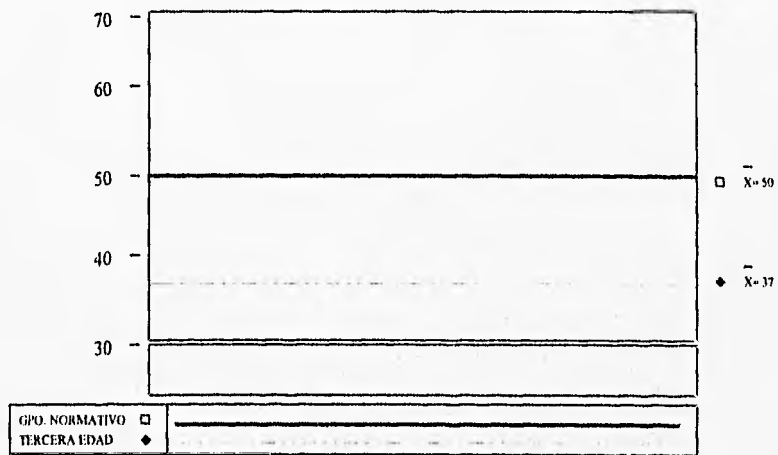


TABLA DE COMPARACIÓN DE MEDIAS
GRUPO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y
TERCERA EDAD
DEL SEXO FEMENINO

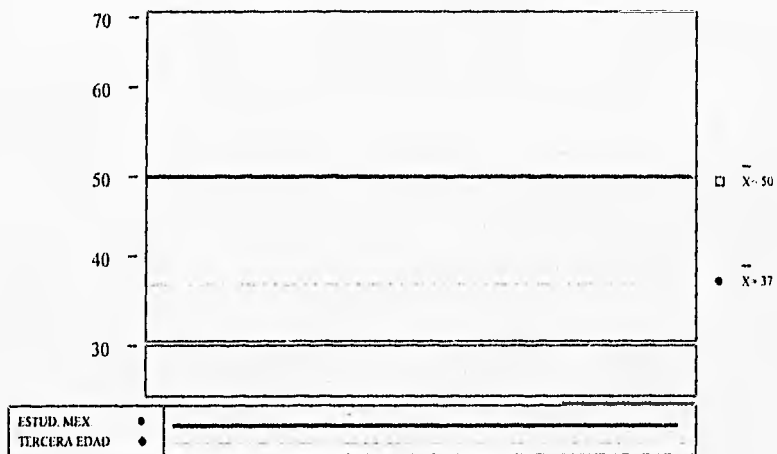


TABLA DE COMPARACIÓN DE MEDIAS
GRUPO NORMATIVO Y TERCERA EDAD
DEL SEXO MASCULINO

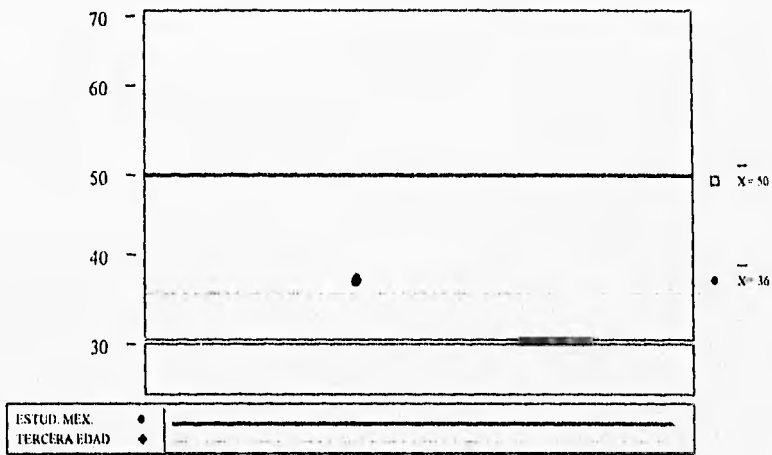
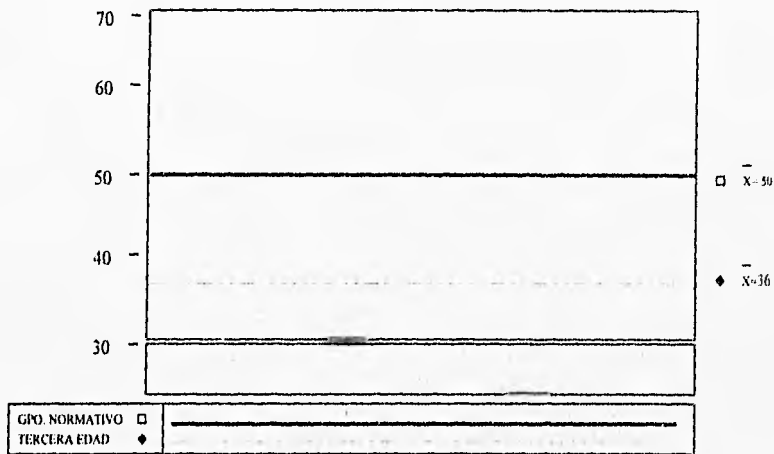


TABLA DE COMPARACIÓN DE MEDIAS
GRUPO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS Y
TERCERA EDAD
DEL SEXO MASCULINO



APENDICE

D

CONVERSION A PUNTAJE T

MUJERES

MEDIA= 43.19 DESVIACION ESTANDAR= 4.9

PUNTAJE CRUDO	PUNTAJE T
1	4
2	6
3	7
4	9
5	10
6	12
7	14
8	15
9	17
10	18
11	20
12	21
13	23
14	24
15	26
16	27
17	29
18	30
19	32
20	33
21	35
22	36
23	38
24	39
25	41
26	42

PUNTAJE CRUDO	PUNTAJE T
27	44
28	45
29	47
30	49
31	50
32	52
33	53
34	55
35	56
36	58
37	59
38	61
39	62
40	64
41	65
42	67
43	68
44	70
45	71
46	73
47	74
48	76
49	77
50	79
51	81
52	82

CONVERSION A PUNTAJE T

HOMBRES

MEDIA= 28.48 DESVIACION ESTANDAR= 6.67

PUNTAJE CRUDO	PUNTAJE T
1	9
2	10
3	12
4	13
5	15
6	16
7	18
8	19
9	21
10	22
11	24
12	25
13	27
14	40
15	41
16	42
17	43
18	44
19	45
20	46
21	47
22	48
23	49
24	50
25	51
26	52

PUNTAJE CRUDO	PUNTAJE T
27	48
28	49
29	51
30	52
31	54
32	55
33	57
34	58
35	60
36	61
37	63
38	64
39	66
40	67
41	69
42	70
43	72
44	73
45	75
46	76
47	78
48	79
49	81
50	82
51	84
52	85