

19 01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LA UTILIDAD DEL MMPI-2 EN LA
DETECCIÓN DE RECHAZO AL
TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

P R E S E N T A :

MARÍA MARTINA JURADO BAIZABAL

DIRECTORA DE TESIS: DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

COMITÉS DE TESIS: DRA. DOLORES MERCADO C.
DRA. LUISA ROSSI HERNÁNDEZ
DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA
MTRO. JORGE R. PÉREZ ESPINOZA



MÉXICO, D.F.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo por su dedicación, apoyo, orientación y paciencia que tuvo conmigo durante el tiempo que me llevó terminar este trabajo.

A los sinodales: Dra. Dolores Mercado Corona, Dra. Luisa Rossi Hernández, Dra. Amada Ampudia Rueda y Mtro. Jorge R. Pérez Espinosa, por sus aportaciones, su interés y el tiempo que me dedicaron. Gracias.

Agradezco especialmente a la Mtra. Martha Cuevas por apoyarme como profesionista realizando todo el proceso estadístico. Como amiga me apoyó y alentó a continuar mi trabajo cuando me sentía extenuada y su afecto y confianza, reavivaron mis esperanzas de llegar al final de este trabajo.

Agradezco a las Psicólogas: Norma Yépez, Aurora Jaimes y Dolores Lichteimberg, por su ayuda en la aplicación del instrumento.

DEDICATORIAS

A mis hijas IDALIA y MARIBEL que son la razón de mi existir, porque llenan mi vida de alegría y satisfacciones y porque sin su cariño y presencia no tendría sentido este logro.

A mi MADRE que sembró en mi el anhelo de superación constante. Su ejemplo de tenacidad ha sido una marca indeleble en mi vida.

A mis HERMANOS, Carlos y José Luis, que siempre me han acompañado y apoyado.

Al Dr. Alejandro Díaz Martínez, que siempre ha sido un gran amigo, maestro, consejero e impulsor de mis proyectos y me ha distinguido con su afecto, apoyo y comprensión.

A mis Queridas amigas: Paty Osorno, Vicky Fragozo, Norma Yépez, Martha Rodríguez, Malena Granados, Lupita Santaella y Leticia Pineda.

A mi querido amigo: Luis Mayer.

Y muy especialmente a Claudia Ramírez, que además de su amistad y afecto incondicional me apoyo técnicamente en la corrección de estilo y presentación de este trabajo.

Í N D I C E

	PAG
RESÚMEN	002
INTRODUCCIÓN	004
CAPÍTULO 1 PERSONALIDAD	007
1.1. DEFINICIONES DE LA PERSONALIDAD	007
1.2. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD	012
1.3. EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD	025
CAPÍTULO 2 PSICOTERAPIA	029
2.1. ALGUNAS INVESTIGACIONES EN PSICOTERAPIA	036
CAPÍTULO 3 MMPI Y MMPI-2	052
3.1. MMPI	052
3.2. MMPI-2	053
3.2.1. MMPI-2 EN MÉXICO	054
3.3. INVESTIGACIONES DEL MMPI-2 EN OTROS PAÍSES	055
3.4. INVESTIGACIONES DEL MMPI-2 EN POBLACIÓN MEXICANA	060
CAPÍTULO 4 MÉTODO	068
4.1. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	068
4.2. HIPÓTESIS	069
4.3. VARIABLES :DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL.	069
4.4. MUESTRA	070
4.5. SUJETOS	070
4.6. TIPO DE ESTUDIO	071
4.7. ESCENARIO	071
4.8. DISEÑO	072
4.9. INSTRUMENTO	072
4.10. PROCEDIMIENTO	074
CAPÍTULO 5 RESULTADOS	076
CAPÍTULO 6 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	094
CAPÍTULO 7 CONCLUSIONES	102
7.1. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	104
BIBLIOGRAFÍA	106
ANEXOS 1	
GRAFICAS "UNO, DOS, TRES, CUATRO, CINCO, SEIS, SIETE, OCHO, NUEVE"	
ANEXOS 2	
GRAFICAS " A, B, C, D, F, G, H, I, J "	

RESÚMEN

El Objetivo de esta investigación fue identificar las características que presentan los alumnos que permanecen durante mas tiempo en psicoterapia y diferenciarlos de aquellos que abandonan prematuramente su tratamiento. Para alcanzar estos objetivos se aplicó el MMPI-2 a todos los jóvenes que acudieron a tratamiento psicológico en un lapso de 7 meses en un centro de atención psicológica que brinda servicio a la comunidad universitaria. Partiendo de la fecha de aplicación, 3 meses después se revisaba el expediente para contabilizar las asistencias a terapia. Con el número de consultas se hicieron 2 grupos: los que recibieron de 1 a 4 consultas y los que permanecieron de 5 a 20 consultas. Durante el tiempo en el que se aplicó la prueba, se procedió a la calificación e interpretación de las escalas básicas para incluirlas en el expediente con el objeto de que el psicoterapeuta tuviera acceso a la información clínica que arrojó el instrumento.

Inicialmente se habían contemplado las escalas: Rechazo al tratamiento (RTR), Ansiedad (ANS), Fuerza del yo (Fyo), Depresión (D), Psicastenia (Pt), e Introversión social (Is) como predictoras de permanencia o abandono, se realizaron las comparaciones entre ellas no encontrando diferencias significativas, por lo que se decidió contrastar todas las escalas.

Se realizaron comparaciones por número de consultas mediante una T de Student, utilizando el mismo estadístico para comparar a los grupos por sexo, también se utilizó un ANOVA para considerar tanto el número de consultas como el sexo.

Los resultados indican que dentro de la comparación por número de consultas, 2 escalas clínicas (Depresión e Histeria); 2 escalas de Contenido (Preocupación por la Salud y Enojo); y una escala suplementaria (Fuerza del yo) presentan diferencias estadísticamente significativas. En la comparación por sexo, 4 escalas clínicas (L, Hipocondriasis, Histeria y Masculino-femenino); 1 escala de Contenido (Preocupación por la Salud); y una escala suplementaria (Hostilidad Reprimida) resultaron significativas estadísticamente. En la comparación por sexo y número de consultas, 3 escalas clínicas

(Hipocondriasis, Histeria, Masculino-Femenino); 1 escala de contenido (SAU) son altamente significativas, no encontrándose diferencias en las escalas Suplementarias.

INTRODUCCIÓN

En los servicios de atención psicológica donde acuden jóvenes que atraviesan por alguna situación crítica, es común observar que un porcentaje de ellos abandona el tratamiento después de haber recibido una o dos sesiones. Este comportamiento ha sido explicado por la etapa de desarrollo por la que atraviesan los adolescentes, siendo la inconsistencia, la indecisión, la ambivalencia y los cambios frecuentes de estados de ánimo lo que facilita el abandono prematuro de sus metas. Por tal motivo es necesario poder detectar e incidir con suficiente antelación la posibilidad de aparición de éste rechazo al tratamiento, proporcionando una perspectiva oportuna que indique al psicoterapeuta sobre el posible abandono de la terapia.

El objetivo de esta investigación fue identificar la posibilidad de rechazo al tratamiento y también diferenciar entre aquellos rasgos de personalidad que favorecen la permanencia o el abandono del proceso psicoterapéutico. Así mismo sería de gran beneficio para el centro de atención psicológica de donde se extrajo la muestra, incluir nuevos instrumentos psicológicos que han sido probados y normalizados en México en la evaluación de estos pacientes. Dentro de éste ámbito clínico de atención, el incrementar las posibilidades de evaluación y estudio de éstos jóvenes con nuevos instrumentos enriquece tanto la prevención de posibles deserciones como la posibilidad de proporcionar una atención más específica, conociendo con oportunidad algunos aspectos de la personalidad.

Para alcanzar los objetivos de ésta investigación se aplicó el MMPI-2 a todos los jóvenes que acudieron a tratamiento psicológico por primera vez durante un lapso de 7 meses. En las últimas aplicaciones no fue posible recabar el número de sesiones ya que por un lado era necesario esperar 3 meses para poder contabilizar las asistencias a terapia, y por otro lado, la huelga universitaria que comenzó el 20 de abril impidió que los alumnos asistieran a consulta, además de que los expedientes fueron resguardados para mantener en la medida de lo posible la confidencialidad de la información expresada por los alumnos.

Durante el tiempo que se aplicó la prueba, se procedió a la calificación e interpretación de las escalas básicas para incluirlas en el expediente con el objeto de que el psicoterapeuta tuviera acceso a la información clínica que arrojó el instrumento.

Después de 3 meses de que el alumno había acudido por primera vez a consulta, se revisaban los expedientes para verificar la permanencia o no en el tratamiento y se contabilizaban el número de consultas que tenía.

Inicialmente se habían contemplado las escalas RTR (rechazo al tratamiento), ANS (ansiedad) Fyo (Fuerza del yo), D (Depresión), Pt (Psicastenia) y Si (Introversión social) como predictoras de la permanencia o abandono del tratamiento, sin embargo, después de hacer las comparaciones entre los grupos con estas escalas, no se obtuvieron diferencias significativas por lo que se decidió contrastar todas las escalas del MMPI-2.

Se presenta en el capítulo primero las definiciones y teorías de la personalidad que se encuentran en estrecha relación con la forma en que se obtienen los datos y que sirven de marco teórico al presente estudio, también se presenta una revisión del uso de los test psicológicos, las ventajas que se tienen en la aplicación de las pruebas así como el diagnóstico psicológico y su relación con los test proyectivos.

En el Capítulo segundo se revisa la psicoterapia desde diferentes autores (Freud, Sullivan, Rogers, etc) y se enfatizan aquellas características que pueden facilitar la permanencia en psicoterapia o su abandono. También se revisan algunas investigaciones en psicoterapia cuyo objetivo se centra tanto en la elección del método psicoterapéutico mas adecuado como en aquellas características que debe de tener un terapeuta que pueda garantizar en proceso psicoterapéutico. Asimismo, se presentan las investigaciones que abordan el pronóstico de éxito en psicoterapia y la duración del tratamiento.

En el capítulo tercero se revisan algunos aspectos del desarrollo y las características generales del MMPI y MMPI-2. También se presentan las investigaciones recientes realizadas con la prueba en

poblaciones universitarias y las que presentan factores de pronóstico en psicoterapia.

En el capítulo cuarto se muestra la metodología utilizada en esta investigación, se detalla el procedimiento seguido y las dificultades que se encontraron a lo largo del estudio. Se presenta un breve resumen del instrumento ya que se dedicó todo un capítulo para detallarlo.

En el capítulo quinto se muestran los resultados obtenidos tanto en las Escalas Básicas, en las de Contenido y en las Suplementarias, señalando las hipótesis que se aceptan o se rechazan de acuerdo al planteamiento inicial.

En el capítulo sexto se vinculan los resultados con el marco teórico realizando un análisis de lo encontrado y su relación con investigaciones anteriores.

En el capítulo séptimo se presentan las conclusiones así como las sugerencias y limitaciones asociadas a las vicisitudes encontradas durante el tiempo en que se realizó esta investigación.

Finalmente se presenta la bibliografía consultada que estuvo integrada de libros, artículos y tesis de licenciatura, maestría y doctorado.

CAPITULO 1

PERSONALIDAD

1.1. DEFINICIONES DE LA PERSONALIDAD

La palabra personalidad proviene del término latino persona, significa máscara. Al parecer, los creadores del teatro griego ante el problema de la iluminación pobre y los públicos relativamente grandes, adoptaron la práctica de que los actores usaran máscaras tales que transmitiesen a los espectadores la esencia del rol que interpretaban. La idea de que la personalidad se refleja a través de una experiencia no se hallaba limitada al teatro griego. Aristóteles escribió sobre el tema de la fisonomía, es decir la lectura del carácter en las expresiones faciales y los movimientos corporales que son habituales en el sujeto. (Allport, 1961; Cueli y Reidl 1972; Rapoport 1977; Cueli y Cols. 1998).

Los seres humanos tendemos a evaluar a los que nos rodean a través de "imágenes" o "conceptos" que nos creamos en términos de categorías más o menos limitadas: "ser inteligente", "ser generoso", "ser apático". Tenemos nuestra propia interpretación de aquella conducta que puede ser apropiada o inapropiada y por consecuencia, realizamos juicios categóricos en los que juzgamos a los demás pero también nos juzgamos a nosotros mismos. De tal manera que nuestra propia teoría de la personalidad puede llegar a ser muy reducida dejando a un lado matices que podrían acercarnos a la mayor comprensión de un ser humano.

Algo tan complejo como es la personalidad, solo puede entenderse y representarse por un conjunto complejo de conceptos y principios, y que va más allá de la observación simple de conductas en situaciones determinadas.

La personalidad puede considerarse un centro importante de causas determinantes de la conducta, de tal forma que, conocer lo que ocurre en una personalidad nos ayuda a comprender su conducta. Revisaré algunos conceptos de la personalidad que van ligados a la teoría que los sustenta y sobre todo se han ido modificando a medida que va cambiando el tiempo y por tanto las teorías también se han

modificado.

Según Wittaker, las definiciones de la personalidad se pueden encuadrar en cuatro categorías básicas:

- A) Definiciones generales.- En las que la personalidad representa las características generales de la conducta del individuo y en la que se consideran todos los procesos y respuestas que éste presenta.
- B) Definiciones integrativas.- Destacan la organización de la personalidad.
- C) Definiciones jerárquicas.- En las que se determinan las funciones de cada una de las diversas dimensiones que integran la personalidad.
- D) Definiciones de Ajuste.- proporcionan la manera característica en que cada individuo se adapta a su medio ambiente.

Para éste autor la personalidad es la organización única de características que determinan la norma típica o recurrente de la conducta de un individuo, en comparación con otras personas.

Sullivan (1964) es el primer investigador que propone una teoría sistemática del desarrollo de la personalidad después de Freud. Sullivan llama a su sistema *teoría de las relaciones interpersonales*, sostiene que el hombre es el producto de la interacción con otros seres humanos y que la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento de su nacimiento. El ser humano se inquieta por dos propósitos: el afán de satisfacción y el anhelo de seguridad. Considera que la mayor parte de los conflictos psicológicos surgen de las dificultades con que se tropieza en la formación de las funciones de seguridad. Para este autor, la seguridad se relaciona con un sentimiento de pertenencia y aceptación. La angustia es una fuerza muy poderosa en la formación de la personalidad; pero es restrictiva porque interfiere la observación, disminuye la capacidad de discriminación y obstruye la adquisición del conocimiento y la comprensión "cuando existe angustia ésta tiende a impedir la comprensión de la situación en que fue provocada". (Cueli y Cols. 1998).

El tema central en la teoría de Sullivan es la ansiedad del hombre como motivación primordial y como la constructora de un sistema del *Self*. Consideró a la sociedad como la creadora de la personalidad del hombre, pero también consideró que el hombre podía cambiar, cambiaba y debía cambiar el patrón básico de su personalidad a medida que se desarrolla y llega a la madurez. Asimismo, Sullivan también postula que el hombre vive en un sistema de tensiones y la estructura total del hombre puede ser alterada, dependiendo de las tensiones que existan en el sistema. Sullivan postula 7 etapas del desarrollo:

- a) Infancia: De los 0 a los 18 meses.
- b) Niñez: de los 18 a 20 meses hasta la edad de 4 ó 5 años
- c) Etapa Juvenil: de los 5 ó 6 años hasta los 11 años
- d) Preadolescencia: de los 11 a los 13 años aproximadamente.
- e) Adolescencia temprana: de los 15 a los 17 años
- f) Adolescencia Tardía: de los 17 o los 19 años a los 20
- g) Adulthood: va de los 20 ó 30 años en adelante.

K. Horney (1976), publicó *La personalidad neurótica de nuestro tiempo* y presentó por primera vez una amplia interpretación cultural de la neurosis, destaca la situación presente del paciente, pero también concede mucha atención a la exploración de la situación general en su vida. Consideraba que la naturaleza de la humanidad era cambiante y que en su evolución se acercaría cada vez más a mejores metas y fines. La conducta central en su teoría era la neurótica, y creyó que la resolución de ésta produciría una sociedad mejor y más sana. La cultura y las normas, costumbres y roles particulares de los grupos humanos influyen y dejan su marca sobre el hombre. Ella pensó que la cultura en la que vivimos genera una gran cantidad de ansiedad en los seres, por lo que la neurosis es un resultado natural del individuo que vive en una sociedad industrializada. Para ella uno de los factores causales más importantes de la neurosis era el establecimiento de una civilización que se basa en la competencia individual y de grupos. Sostiene que a medida que cambian las culturas, también cambia el concepto de normalidad. Considera que la personalidad no queda establecida en la infancia, sino que éstas experiencias infantiles son solo parte de la estructura

continuada de la personalidad. El hombre sigue siendo un producto de su medio y al modificarse éste cambia también el individuo.

Horney aseguró que cada individuo al partir de su self real o actual, desea lograr una realización completa de todas sus necesidades para alcanzar el máximo de su desarrollo y esto lo consideró un sentimiento universal. Ella pensó que cuando un individuo pierde su espontaneidad, su *self* real se enferma y se trastorna emocionalmente. Para Horney todas las personalidades se enfrentan a 10 necesidades que clasificó como neuróticas y son:

Paul Bernard sostiene que la personalidad representa una unidad biológica, psicológica y social que constituye un ser singular que no se parece a ninguno otro y debe abordarse en su totalidad, sin prescindir de ningún aspecto pero solo puede ser comprendido en la relación que le une a su medio humano y físico. Es una unidad estructurada lo más exactamente integrada y de ahí la posibilidad en diversas circunstancias de un movimiento inverso al del desarrollo: su desestructuración, su desintegración y la regresión de la personalidad que caracteriza las enfermedades mentales.

E. Fromm define la personalidad como la totalidad de las cualidades psíquicas heredadas y adquiridas, peculiares de un individuo, que lo hacen único. Las cualidades heredadas constituyen el temperamento innato o inmodificable. En cambio el carácter es la forma relativamente permanente en que la energía humana se canaliza en los procesos de asimilación y socialización.

León Ropoport (1977) considera que el investigador se inclina a considerar la personalidad como una construcción teórica, porque este punto de vista le proporciona un margen y una libertad máxima para su tarea. El terapeuta en cambio prefiere por lo general algo con mayor substancia descriptiva porque su tarea lo orienta en forma directa hacia la condición mental de los pacientes. "El estudiante de la personalidad que recién se inicia no se equivocará mucho si puede mantener un punto de vista ecléctico que no implique ni aceptar ni rechazar ninguna de las definiciones o interpretaciones hasta que haya examinado por sí mismo las cosas con mayor cuidado. El punto de vista ecléctico implica además que prestemos especial atención a las ideas que son importantes para virtualmente todos los enunciados

teóricos. Una de estas ideas es la de individualidad. Conductista o mentalista, terapeuta o fisiólogo, todos se ocupan en gran medida de las diferencias individuales. De ello se sigue que si aprendemos algo sobre los factores que según se concede en general causan las diferencias individuales más gruesas, entonces aprenderemos algo sobre la personalidad, independientemente de cómo se la defina”.

Enfatizaré la definición de Gordon Willard Allport ya que es este es uno de los autores cuya teoría sustenta mi investigación y le proporciona un encuadre teórico.

Para Allport “personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos dentro del individuo, que determinan su ajuste único al medio”. Con organización dinámica se refiere al hecho de que la personalidad está en continuo cambio y desarrollo, aunque al mismo tiempo exista una organización sistemática que reúne y comparte varios componentes de la personalidad; con el término psicofísico hace mención de que la personalidad no es exclusivamente mental o psicológica. Para Allport la personalidad es algo que involucra concomitantes neurológicas o fisiológicas, con la frase “ajuste al medio” establece relaciones entre lo individual y su medio, tanto físico como psicológico. Allport distinguió entre métodos nomotéticos e ideográficos. Los científicos nomotéticos buscan explícitamente descubrir leyes universales, se preocupan ante todo por los individuos: tratan de obtener el tipo de conocimiento que no puede obtenerse mediante métodos nomotéticos. Este autor sostiene que el problema reside entre aprender un poco sobre mucha gente, o para aprender mucho sobre unas pocas personas. La elección entre una y otra posibilidad constituye la paradoja fundamental de una buena parte de la ciencia moderna.

Para Eysenck, la personalidad está compuesta por actos y disposiciones que se organizan en orden jerárquico en función de su importancia y generalidad. Define la personalidad como la suma total de patrones conductuales, actuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y por el medio social; se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de los cuatro sectores principales dentro de los cuales están organizados estos patrones de conducta: el sector cognoscitivo (inteligencia), el sector conativo (carácter), el sector afectivo (temperamento) y el sector somático

(constitución). (Cueli y Cols. 1998).

Raymond B. Catell, define la personalidad como "aquello que permite la predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada." La personalidad se refiere y se deduce de todas las relaciones humanas entre el organismo y su medio. (Cueli y Cols).

Caruso (1984) considera que el verdadero comienzo de la vida personal no es determinable en su aspecto biológico como tampoco es el comienzo de un proceso complicado. El que un embrión se convierta en individuo es una posibilidad futura, que puede fallar de modo "natural" o lograrse de modo no totalmente natural: Para esta individualización se requiere de la socialización, la cual empieza en el estado prenatal, pues el individuo no existe en y por sí, y como tal ser aislado podría incluso no existir. Para éste autor la primera condición principal para vivir y desarrollarse, es la aceptación del individuo por la sociedad en alguna forma de familia. La existencia del hombre depende del factor social y subjetivo de la *aceptación*; factor que ninguna ley puede garantizar. Éste factor presupone la crianza, incluso la vinculación inconsciente, en la cual operan también impulsos biológicos. La naturaleza humana no puede ser impersonal ni insocializada. (Cueli, Cols 1998)

1.2. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

La teoría de la personalidad es una interpretación propuesta para representar la constitución y la actuación del carácter individual. Es un postulado hipotético que se formula en ausencia del conocimiento concreto. La teoría puede proporcionar ideas que pueden verificarse, nos proporciona una idea del individuo en un estado ideal, además de que la utilidad científica de una teoría puede apreciarse por el número de las ideas verificables que inspiran.

Siguiendo a Leon Levy (1970) podríamos considerar que la personalidad consta de componentes de identidad. Cualesquiera que sean las interpretaciones que utilicemos para caracterizar a una persona, éstas deberían representar algún aspecto o algunos aspectos de su identidad. Esto significa que las interpretaciones habrían de ser susceptibles de explicar tanto la estabilidad y la

consistencia como la variabilidad de la persona.

Las diversas teorías de la personalidad tienen un margen de convivencia (Kelly 1955) lo que significa que se aplican mejor a determinados aspectos de la personalidad que a otros. Por ejemplo, la actividad teorizante de Erickson se centre en el desarrollo de la personalidad. La teoría de Murray se concentra en la motivación, en tanto que Freud se ocupó mucho del conflicto. El foco de cada teoría está bien definido y cada teórico expone sus ideas más valiosas en un área particular de un estudio de la personalidad.

La teoría de la personalidad puede apreciarse por su utilidad en la descripción, explicación, predicción y control de la conducta de un individuo particular o de un grupo de individuos.

La función más útil de una teoría es la predicción. La teoría debería permitir al que la utiliza, predecir acontecimientos o relaciones susceptibles de ser verificados luego por medio de la observación y la experimentación. Tal vez la mejor prueba de una teoría consista en su capacidad para sugerir hipótesis que resultan confirmadas.

Si tenemos confianza en nuestras teorías (la confianza en nuestras teorías se obtiene mediante la confirmación repetida de hipótesis derivadas de ella) podemos hacer más bien predicciones que poner preguntas. El valor heurístico de una teoría reside en su fuerza para sugerir hipótesis verificables.

Una teoría de la personalidad debe caracterizarse por: Las afirmaciones que de ella se desprenden deben de estar de acuerdo con los datos empíricos que las sustentan, debe generar investigación, debe ser simple y parsimoniosa, debe ser general (abarcarse en su explicación a un gran número de eventos); debe ser suficientemente operacional para poderse comprobar empíricamente; debe ser consistente y lógica, una buena teoría debe tener utilidad y valor explicativo y práctico. (Allport 1965).

Esta lectura, me llevó a buscar dentro de las teorías de la personalidad aquellas que pudieran servir de marco teórico a la investigación que se llevó a cabo y pudieran sustentar a través de sus preceptos la solidez y explicación de los hallazgos encontrados.

El MMPI-2 es un instrumento que puede ser entendido a través de las teorías ideográficas ya que por medio de ellas se buscan regularidades intraindividuales estudiando pocos casos; y basan sus afirmaciones y suposiciones en el reporte de lo que es observable e interpretable en términos de la situación y localización dentro del espacio vital; es decir, se atiende en mayor medida a la interpretación que da el sujeto a lo que sucede dentro de él, de acuerdo a como él lo percibe en su realidad subjetiva, subrayando las características únicas y el estudio de la personalidad total. (El MMPI-2 requiere que el sujeto describa como se siente o considera ser de acuerdo a las preguntas del inventario).

Las teorías nomotéticas buscan regularidades interindividuales, estudiando a grandes conjuntos de sujetos al mismo tiempo; investigando cuales aspectos o factores son comunes a todos los casos con más o menos regularidad; y tratan de describir las leyes generales que explican y gobiernan a estos. En este sentido el MMPI-2 al ser aplicado en forma colectiva, aporta datos comunes en un conjunto de sujetos y es susceptible de describir las características que podrían explicar estos rasgos.

También es importante resaltar que las teorías que tienen como base el estudio de los rasgos, utilizan métodos estadísticos de control para definir aquellas características de la personalidad que son comunes o se comparten con un determinado grupo social; utilizan para ello un gran número de dimensiones o factores.

Para explicar de manera mas adecuada los cambios de la conducta es pertinente tomar en cuenta las variables contextuales, las consistencias en las conductas de la misma persona en diferentes ambientes y las interrelaciones que se establecen. A éstas consistencias se les conoce como características, hábitos o rasgos. Algunas teorías de la personalidad proponen listas de rasgos y suponen las interrelaciones entre las características a fin de poder clasificar las conductas interpersonales.

Cueli y Cols. (1998) sostienen que se puede describir una personalidad por su posición en un número determinado de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo. Para sustentar estas

afirmaciones. Es necesario contar con un instrumento psicológico que permita medir y evaluar los rasgos previamente definidos en un grupo determinado de sujetos que funcionen como norma estadística, de tal manera que al aplicarlo a una persona específica sea posible establecer que tanto posee de un rasgo en particular. De esta forma el individuo es descrito cuantitativamente con relación a ciertos rasgos comparados con otros sujetos. El resultado de éstas comparaciones puede ser una gráfica denominada psicograma, dependiendo del instrumento de medición psicológica que se esté utilizando.

El MMPI-2 es un instrumento que ha sido usado en la medición de rasgos de la personalidad, y a este respecto, Allport sostiene que la personalidad está constituida por rasgos, define rasgo como "mental", un sistema neuropsíquico 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. El rasgo, representa la forma de combinación o integración de dos o más hábitos.

Para Allport rasgo y actitud son predisposiciones a la respuesta y ambos pueden ser únicos, tienen que ser iniciadores o guías de la conducta y forman el punto de unión de la tendencia de factores genéticos y de aprendizaje. La actitud está ligada a un objeto específico o a varias clases de objeto; no así el rasgo. Allport considera que "Actitud y rasgo son conceptos indispensables.

Allport distingue entre *rasgos* y *tipos*, según la extensión con la que se apliquen al individuo. Un hombre puede poseer un rasgo pero no un tipo. Los tipos son construcciones hipotéticas del observador, y el individuo puede ser enmarcado en estos, pero perderá así su identidad distintiva. El *rasgo* puede representar la unicidad de la persona, mientras que el *tipo* debe englobarla.

Allport también hace varias distinciones entre clases de rasgos, distingue entre: Rasgos *individuales* y rasgos *comunes*. Él insiste en que en realidad, dos individuos nunca tienen los mismos rasgos aunque puedan existir semejanzas en la estructura de aquellos individuos, hay siempre factores únicos en la forma en que cualquier rasgo particular opera en una persona, que la distingue de otras con rasgos similares, así, en el sentido más importante todos los rasgos

son individuales, únicos y aplicables a un individuo.

Allport acepta que a causa de la comunidad de influencias que se dan en una cultura compartida, los individuos desarrollan "un número limitado de modos de ajuste aproximadamente comparables". Es decir, 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 se generalizan hasta llegar a ser disposiciones dinámicas de modos únicos que varían de acuerdo a las experiencias de cada sujeto.

Allport propone la distinción entre rasgos *cardinales*, *centrales* y *secundarios*. Sobre los *cardinales* dice: éstos son tan dominantes que solo algunas actividades pueden escapar de su influencia directa e indirecta. Un rasgo de este tipo no puede permanecer oculto, un individuo es identificado e incluso puede volverse famoso por él, por ejemplo: se hable de una personalidad maquiavélica, nombrada por la descripción de Nicolás Maquiavelo, de la persona sádica, nombrada así por el Marqués de Sade. Por lo general, la gente tiene poco o ninguno de estos rasgos cardinales. Los rasgos *centrales* representan las tendencias altamente características de lo individual y son fáciles de inferir. Allport afirma que el número de los rasgos *centrales* por medio de los cuales se puede conocer en forma adecuada a una personalidad son muy pocos, posiblemente 5 o 10, (por ejemplo: honestidad, amabilidad, asertividad). Los rasgos *secundarios* son más limitados en su ocurrencia, menos cruciales en la descripción de la personalidad y más fáciles de determinar por las respuestas que producen.

Dentro de su teoría enfatizó las *intenciones* ya que considera que lo que el individuo trata de hacer es la clave más importante para saber como se comporta en el presente. Para este autor era muy importante ver hacia el futuro. Asimismo ha sido clasificado como un psicólogo del yo pues se interesa por describir las funciones de la personalidad ya que estas integran la persona. Para él la persona no es innata se desarrolla con el tiempo. El sentido del cuerpo, el sentido de identidad y la apreciación propia es todo lo que tiene un niño de 3 años; las otras funciones se desarrollaran más tarde. Para él, el self y el yo pueden usarse como adjetivos para indicar las funciones apropiadas dentro de la esfera total de la personalidad.

Allport no dijo que un rasgo se expresa en todas las situaciones, sin importar las características de la situación. Un rasgo expresa lo que una persona por lo general hace en la mayoría de las situaciones, no lo que hará en alguna situación. El concepto de rasgo es necesario para explicar la consistencia de la conducta, mientras que para reconocer la importancia de la situación es necesaria para explicar la variabilidad de la conducta. Allport declara que para la mayoría de los móviles adultos ya no hay ninguna relación funcional con las raíces históricas del motivo, es decir, no todas las tendencias del adulto son funcionalmente autónomas ya que mantienen vínculos históricos con sus orígenes. Tanto más motivos autónomos tenga el individuo, más maduro será. Resume la esencia de la autonomía funcional así:

- a) Los motivos son contemporáneos, la pulsión de un motivo no está atada a sus orígenes históricos sino a las metas presentes.
- b) El carácter de los motivos cambia radicalmente de la infancia a la madurez.
- c) La madurez de la personalidad se mide por el grado de la autonomía funcional que sus motivos han adquirido.
- d) El Curso diferenciado del aprendizaje crea motivos individuales. La estructura dinámica de cada personalidad es única.

Allport considera al recién nacido como una criatura producto de la herencia, la pulsión primitiva y los reflejos existentes. Al nacer el niño está dotado en forma innata de potencialidades físicas y temperamentales. Es una criatura de tensiones segmentales y sentimientos de placer y dolor y posteriormente comienza a demostrar cualidades distintivas, algo de la conducta infantil se puede reconocer como precursora de patrones subsecuentes de personalidad.

Mecanismos como la diferenciación, integración, maduración, imitación, aprendizaje, autonomía funcional y extensión del self sirven para explicar las modificaciones que ocurren entre la infancia y la adultez.

En el adulto los principios determinantes de su conducta están dados por un grupo de rasgos organizados y congruentes. Un

individuo conoce por regla general qué hace y por qué lo hace. Sus motivaciones más importantes son acontecimientos del futuro, por ello, este autor considera que podemos saber más de individuo si estudiamos sus planes conscientes que si indagamos en sus recuerdos reprimidos. Allport considera que el individuo maduro debe ser auto-objetivo cuyos componentes primordiales sería el humor y el insight. Para él la madurez de un individuo se adquiere a través de una filosofía unificadora de la vida.

Otro autor representativo de la teoría de los rasgos es Hans J Eysenck, él apoya la teoría de rasgo pero también señala la necesidad de desarrollar mediciones adecuadas de éstos. Según la teoría de rasgo, existen estructuras naturales en la personalidad y el análisis factorial permite detectarlas.

El análisis factorial supone que las conductas que covarían a través de los individuos están relacionadas. El análisis factorial es un recurso estadístico para determinar cuales conductas están relacionadas pero no dependen de otras y, determinan por tanto, las unidades o elementos básicos en la estructura de la personalidad.

La teoría de Eysenck sobre la personalidad está ligada de manera estrecha con su teoría de la psicología anormal y el cambio conductual. Considera que una persona desarrolla síntomas neuróticos debido a la acción combinada de un sistema biológico y debido a experiencias que contribuyen al aprendizaje de fuertes reacciones emocionales ante estímulos que producen miedo. (Perkin y John 1998).

Para Eysenck la personalidad está compuesta por actos y disposiciones que se organizan en orden jerárquico en función de su importancia y generalidad. Define el concepto de *tipo* como "una constelación o síndrome de rasgos cuya existencia hemos observado". Los *rasgos* son la consistencia observada entre los hábitos o actos repetidos del sujeto. Las *respuestas habituales* son producidas por circunstancias iguales o semejantes y las *respuestas específicas* que son actos conductuales que ocurren y se observan una sola vez. Las respuestas específicas dejan de serlo cuando se repiten varias veces y forman entonces respuestas habituales. Los tipos corresponden al factor general; los rasgos a los factores de grupo; las respuestas

habituales, a los factores específicos; y las respuestas específicas corresponden al factor error.

La esfera cognoscitiva se forma de los siguientes elementos: la ideología, las actitudes, las opiniones habituales y las opiniones específicas. La esfera cognoscitiva está formada por los siguientes elementos: la ideología, las actitudes, las opiniones habituales y las opiniones específicas. A través de sus investigaciones Eysenck aspiraba identificar las dimensiones primarias de la personalidad. Utilizó cuestionarios, medidas fisiológicas, pruebas objetivas y por medio del análisis factorial obtuvo las siguientes dimensiones primarias de la personalidad: Introversión-extraversión, normalidad-neuroticismo, normalidad-psicoticismo.

A pesar del fuerte componente genético en el desarrollo y la persistencia de dichos trastornos, Eysenck sostiene que no se debe ser pesimista en relación con el potencial del tratamiento. Este autor ha sido uno de los principales promotores de la terapia conductual o del tratamiento sistemático de la conducta anormal de acuerdo con los principios de la teoría del aprendizaje.

Este autor intentó relacionar rasgos de la personalidad con la probabilidad del desarrollo de trastornos tales como los padecimientos cardíacos o el cáncer y ha descrito estilos de terapia conductual que incrementan la longevidad cuando aparecen esas enfermedades.

Otro investigador que ha tenido un gran interés en el empleo de los métodos analítico-factoriales en la investigación de la personalidad ha sido Raymond B. Catell. Intentó desarrollar una teoría jerárquica de la organización de la personalidad, la cual pudo haber tenido un gran predominio de los mismos psicólogos británicos que influyeron a Eysenck: Spearman y Burt. En segundo lugar las ideas de Catell sobre la motivación estuvieron influidas por otro psicólogo británico, William Mc. Dougall. (Pervin y John, 1998). Catell esperaba que el análisis factorial condujera a la psicología hacia su propia tabla de elementos, tal y como ocurre en la química.

Catell distingue 3 métodos de estudio de la personalidad: El bivariado, el multivariado y el clínico. El método bivariado contiene 2 variables, una variable independiente que manipula el experimentador

y una variable independiente que se mide para observar los efectos de las manipulaciones experimentales.

El método multivariado estudia la relación entre muchas variables a la vez, aquí el experimentador no manipula las variables, en lugar de eso permite a la vida hacer los experimentos y luego utiliza métodos estadísticos para extraer dimensiones significativas y conexiones causales. El análisis factorial ilustra el método multivariado.

En el método clínico los investigadores pueden estudiar conductas importantes tal como ocurren y buscan la legitimidad en el funcionamiento del organismo completo. En las metas científicas y en las suposiciones filosóficas, los métodos clínico y multivariado se acercan entre sí y están separados del método bivariado. Tanto el investigador del método clínico como el del multivariado se interesan en los sucesos globales; en los patrones complejos de conducta tal como ocurren en la vida; ambos permiten a la vida en sí misma ser la fuente de manipulación experimental, y ambos se interesan en el entendimiento de la personalidad como un todo y no como procesos aislados o piezas fragmentadas de conocimiento. La diferencia entre el investigador clínico y el multivariado es que mientras el primero se basa en la intuición para valorar variables y en la memoria para seguir la pista de los sucesos, el segundo emplea los procedimientos de la investigación sistemática y análisis estadístico. (Pervin y John 1998).

Catell piensa que el método multivariado combina las cualidades deseables de los métodos multivariado y clínico. Para él la técnica estadística más importante en la investigación multivariada es el análisis factorial.

En su teoría de la personalidad, Catell considera el rasgo como un elemento estructural básico, considera un rasgo como una "estructura mental". Su concepto de rasgo supone que la conducta conserva algún patrón y regularidad con el paso del tiempo y a través de las situaciones. Distingue entre rasgos de capacidad, rasgos de temperamento y rasgos dinámicos; y también entre rasgos superficiales y rasgos fuente.

Los rasgos de capacidad se relacionan con las habilidades y

capacidades que permiten al individuo funcionar de manera efectiva (La inteligencia es un ejemplo de capacidad). Los rasgos de temperamento se relacionan con la vida emocional de la persona y a su estilo de conducta (si es impulsivo o reflexivo, visceral o tranquilo, rápido o lento), todo ello tiene que ver con cualidades de temperamento que varían de un individuo a otro. Los rasgos dinámicos tienen que ver con las búsquedas y la vida motivacional del individuo, además de los tipos de metas que son importantes para la persona. Estos rasgos (de capacidad, temperamento y dinámicos) encierran los principales elementos de la personalidad. (Pervin y John 1998).

La distinción entre rasgos superficiales y rasgos fuente se relaciona con el nivel en el cual se observa la conducta. Los rasgos superficiales expresan conductas que en un nivel superficial pueden parecer unidas pero varían y no necesariamente tienen una causa común. Un rasgo fuente expresa una asociación entre conductas que varían juntas para formar una dimensión unitaria, independiente de la personalidad. (Pervin y John 1998).

Los rasgos superficiales pueden descubrirse mediante métodos subjetivos (preguntarle a un sujeto que características de la personalidad están unidas), se requieren procedimientos estadísticos refinados de análisis factorial para descubrir los rasgos fuente. Los rasgos fuente representan los bloques constructores de la personalidad. Los rasgos fuente han sido derivados empíricamente mediante 3 medios principales:

- a) El registro de vida (L) que contiene observaciones de inteligencia súbita (insight) y registra frecuencias de actos conductuales.
- b) Cuestionarios (Q) .- A través de la autclasificación se obtienen variables de los *interiores mentales* .
- c) Pruebas objetivas .- que consisten en las observaciones y registros de respuesta que el sujeto realiza ante una situación definida especialmente creada, de esta forma el individuo no se entera o desconoce el significado de su respuesta. (Cueli y Cols, 1998).

Los factores o rasgos obtenidos en los estudios hechos por Catell (1957) con registros de vida (L) son los siguientes:

- φ Factor A) Ciclotimia-Esquizotimia.
- φ Factor B) Inteligencia.
- φ Factor C) Fuerza del Yo- Propensión a la neuroticidad
- φ Factor D) Excitabilidad-Inseguridad
- φ Factor E) Dominación-Sumisión.
- φ Factor F) Ligereza-Lentitud.
- φ Factor G) Fuerza del Superyó
- φ Factor H) Parmia-Threctia.-En el polo positivo presenta las siguientes características: Aventurero, le gusta conocer gente, demuestra fuerte interés en el sexo opuesto; gregario, Genial, responsable; amable, amistoso; franco. Y en el negativo: tímido, retraído, poco interés en el sexo opuesto; indiferente, frío, contenido; duro, hostil, lleno de secretos.
- φ Factor I) Prensia-Harria.-En el polo positivo presenta las características de: demandante, impaciente; dependiente, inmaduro; amable, gentil; estéticamente fastidioso; introspectivo , imaginativo; intuitivo , sensiblemente imaginativo.Y en el negativo: emocionalmente maduro;orientado hacia la independencia; duro, falto de sentimiento artístico; no afectado por ilusiones; práctico, lógico.
- φ Factor J) Coastenia.- En su polo positivo presenta las siguientes características: actúa individualmente; obstructivo en forma pasiva y pedante; lento para tomar decisiones; inactivo, manso, callado; fatigado neurasténica y neuróticamente. Y en el negativo : va con el grupo; coopera con las empresas, decisivo en su pensamiento; activo, asertivo; vigoroso.
- φ Factor K) Comencion-abcultion.- En su polo positivo se observarían: intereses intelectuales, analíticos; pulido, equilibrado, sosegado; inmune; tiende hacia la independencia; concienzudo, idealista. Y en el negativo: irreflexivo, cerrado; torpe, socialmente inepto; se avergüenza fácilmente en sociedad; va con el grupo ; falto de sentido de cualquier deber social, así como de intereses estéticos; crudo.
- φ Factor L) Propensión relajación interna.- En su polo

positivo describe a las personas que son suspicaces, celosas; autosuficientes, retraídas. Y en el negativo: confiadas, comprensivas; sosegadas, en situaciones sociales se sienten integradas.

- φ Factor M) Autía-Praxernia.- En su polo positivo representa a las personas no convencionales, excéntricas; estéticamente fastidiosas; sensiblemente imaginativas; actúan de acuerdo a su propia ley, no se puede depender de ellos. En su polo negativo, son convencionales, no interesados en el arte; son prácticos y lógicos; concienzudos, preocupados, ansiosos, alertas.
- φ Factor N) Suspiciacia-Naiveté.- En su polo positivo son: pulidos, hábiles socialmente, con mente exacta, ; fríos, indiferentes ; estéticamente fastidioso. En el negativo, inepto, socialmente torpe; mentalidad sentimental y vaga, busca buena compañía, con poca independencia en sus gustos. Se parece a K.
- φ Factor O).- Propensión a la Culpa-Confianza.- En su polo positivo son preocupados, solitarios, suspicaces y sensibles. En el negativo: confían en sí mismos, son autosuficientes y aceptativos. (Cueli y Cols 1998).

La primera prueba que construye Catell se llama Dieciseis Factores de Personalidad (1946). Define una prueba como una situación estímulo, concertada, artificial y estandarizada, con sus reglas para la calificación de respuestas, en que el sujeto conoce la clase de réplicas que tiene que dar y que puede ser transportada a diferentes grupos de sujetos. Posteriormente desarrolla el HSPQ (Junior-Senior High School personality questionnaire); el CPQ (Children personality questionnaire) y el ESPQ (Early school personality questionnaire). (Cueli y Cols. 1998).

Los factores encontrados a través de los datos Q por medio del análisis factorial son los siguientes:

- φ Factor A) Ciclotimia-Esquizotimia.
- φ Factor C) Fuerza del yo-Emocionalidad general
- φ Factor D) Excitabilidad
- φ Factor E) Dominación

- φ Factor F) Ligereza-Lentitud
- φ Factor G) Fuerza del Superyó
- φ Factor H) Pharmia-Threctia
- φ Factor I) Premsia-Harria
- φ Factor J) Coastenia-Zeppia
- φ Factor L) Propensión-Relajación Interna
- φ Factor M) Autia-Praxernia
- φ Factor N) Suspiciacia-Naiveté
- φ Factor O) Propensión a la Culpa-Confianza
- φ Factor Q1)Radicalismo-Conservatismo.
- φ Factor Q2) Autosuficiencia
- φ Factor Q3) Sentimiento de Autocontrol
- φ Factor Q4)Tensión érgica, demanda del ello o presión del conflicto.
- φ Factor Q5)Tendencia a la Fantasía
- φ Factor Q6 o P) Tendencia Psicótica
- φ Factor Q7) Conciencia de sí mismo en Público
- φ Factor Q8) Intereses extravertidos alertas.

Catell afirma que los reactivos de los cuestionarios, al ser traducidos a otros idiomas, se correlacionan y analizan y surgen los mismos o semejantes rasgos fuente generales.

Este autor también realizó investigaciones en el campo de la motivación teniendo las siguientes ideas base:

- 1) El hombre hereda ciertas pulsiones básicas que proveen los resortes principales para la acción.
- 2) Ciertos conjuntos de hábitos y actitudes se aprenden a través de la influencia de escuela y sociedad.
- 3) Un segmento sustancial de la motivación es consciente.
- 4) Surge por aprendizaje, un yo o sentimiento del self que gana control sobre los simples impulsos reactivos de las pulsiones básicas y el sujeto trata de integrarlos en expresiones legítimas y socialmente aceptables.
- 5) El conflicto ocurre entre diferentes estructuras dinámicas, entre el yo y el ello, entre el yo y el superyó.
- 6) La mayoría de la conducta clínica neurótica surge de desbalances entre los poderes ejercidos a través de

estas estructuras y de los conflictos resultantes. (Catell, 1965).

Para este autor, un motivo es algo que existe aquí y ahora en el momento de actuar. Toda conducta es motivada. (Cueli y Cols. 1998).

Es importante señalar que Catell no concibe a la persona como una entidad estática o que siga un comportamiento igual en todas las situaciones. La manera en que un individuo se comporta en algún momento depende de las variables de rasgo y las motivaciones pertinentes a la situación.

Allport, Eysenck y Catell pueden considerarse los teóricos representativos del rasgo ya que enfatizan las diferencias individuales en disposiciones amplias. (Pervin y John 1998).

1.3. EVALUACION DE LA PERSONALIDAD

El uso de los tests psicológicos en la moderna psicología clínica, yace en el supuesto de que el paciente lleve en su interior, a la situación inmediata de prueba, todo lo que atañe a su adaptación o inadaptación o lo que yace debajo de ella; y el objetivo del uso clínico de los tests consiste, de este modo, en colocar al sujeto en situaciones estandarizadas en las que su conducta sirva como base segura para inferir su tipo de adaptación o inadaptación (Rappaport, 1977).

A continuación mencionaré algunas de las ventajas en la aplicación de pruebas:

- a) El material que se obtiene a través de la evaluación por medio de test para el diagnóstico es relativamente fácil de registrar íntegramente.
- b) La recolección de los datos mediante test psicológicos se lleva a cabo en una situación perfectamente estandarizada, lo cual da margen a una mínima injerencia de los factores subjetivos en la elección de los datos suministrados por el sujeto. En la entrevista clínica, el material es subjetivamente seleccionado tanto por el paciente como por el examinador.

- c) Otra ventaja reside en la existencia de métodos de computo y sistematización relativamente bien establecidos que evitan la posibilidad de una organización subjetiva.
- d) Tanto la experiencia subjetiva como los conocimientos del examinador desempeñan un importante papel en la evaluación. Sin embargo, los tests constituyen situaciones estandarizadas y se hallan sistematizados por una forma de evaluación más o menos uniforme. De este modo, permiten la comparación inter e intraindividual, es decir, el papel de los factores subjetivos se halla más limitado en el diagnóstico por medio de test que en el basado en las entrevistas clínicas.
- e) Existen características críticas de la organización mental y afectiva de los sujetos que no son fáciles de deducir a partir de la historia del caso y que solamente pueden ser "intuidas" en la observación, ya que no llegan a ser verbalizadas por el paciente. Sin embargo, se hallan directamente manifiestas en los tests y por lo común constituyen los índices más sensibles del tipo de adaptación del paciente.

La hipótesis que subyace en el empleo moderno de los tests psicológicos es la de que toda actividad de un individuo lleva en sí el sello de su individualidad; de este modo, si se le interpreta adecuadamente, cualquier conducta deberá servir como índice de la individualidad y de las características de la adaptación e inadaptación. Todo individuo vive en un mundo único que le es propio y las características de ese mundo pueden deducirse a partir de sus actividades observadas en condiciones bajo control.

Los seres humanos y sus acciones no solo llevan la impronta de su propia individualidad sino también la de la sociedad en que se desarrollan. Todos ellos usan las mismas palabras, por lo menos en cierta medida; todos ellos coinciden en sus perceptos visuales de los objetos de uso corriente, por lo menos hasta cierto punto. El grado de las variaciones individuales se halla parcialmente disimulado por las formas de expresión convencionales.

El diagnóstico psicológico de la personalidad y del contenido ideacional escudriña las reacciones del sujeto ante diferentes estímulos complejos, su comprensión y organización de los mismos y también sus preferencias selectivas.

Los tests de personalidad no permiten que el sujeto descubra como han de evaluarse sus reacciones sobre el material de prueba, de este modo se impide que el sujeto modifique consciente y sistemáticamente la esencia de sus respuestas.

Los tests proyectivos suponen una hipótesis proyectiva en general en el sentido de que las manifestaciones de la conducta de una persona son índices de su personalidad. Lo que caracteriza a una técnica proyectiva es su falta de estructuración y su eficacia para comprobar la configuración psicológica del sujeto a través de sus esfuerzos activos y espontáneos por "estructurar" el material de prueba.

Los tests proyectivos procuran revelar la estructura psicológica del sujeto. Rapaport (1977) menciona que todo test proyectivo debe reunir 4 condiciones principales: Estimular, permitir la observación, registrar y volver comunicable la estructura psicológica del sujeto.

En lo que se refiere a la estimulación se refiere a que en poco tiempo, con materiales simples y en una atmósfera igual para todos los sujetos, son condiciones indispensables para evitar la intromisión de factores perturbadores o de adulterar los resultados.

La observación debe basarse en los materiales de prueba expuestos objetivamente como puntos de partida para los procesos mentales que se desea estimular.

El registro debe ser textual, "total", es decir, sin ninguna selección y solo ceñirse a las verbalizaciones o elecciones simples.

La comunicabilidad debe lograrse mediante el estímulo, la observación y el registro de aquellas respuestas que se prestan de suyo a la sistematización objetiva en función de un sistema de cómputo facilitando de este modo comparaciones inter e intrapersonales.

El inventario multifásico de la Personalidad es un instrumento objetivo para la medición de la personalidad, su aplicación es relativamente fácil, se cuentan con normas mexicanas lo que permite comparaciones inter e intra individuales. Otra ventaja es que se tiene la posibilidad de calificarlo manualmente o por medios computarizados, asimismo, nos refleja la autodescripción del sujeto y elementos de su personalidad que nos permiten entender y describir su situación actual.

CAPITULO 2 PSICOTERAPIA

La experiencia psicoterapéutica es un proceso muy individual que requiere sobre todo de la disposición y claridad del solicitante respecto a su compromiso en la búsqueda de nuevas formas de apreciación de su conflictiva y de las determinantes de la misma.

Para que una persona continúe con su labor terapéutica, se requiere de la conciencia de cambio y la certeza respecto a la efectividad de las técnicas del terapeuta. Sin embargo, la actitud del paciente respecto a la terapia, se torna inevitablemente ambivalente. El paciente espera recibir de la terapia algo nuevo: nuevas esperanzas, estímulos soluciones con la finalidad de ser y volverse activo. Asimismo, se encuentra inactivo, inclinado a la pasividad e inercia que dificultan nuevas formas de adaptación. En estas circunstancias se delimita la posibilidad de que permanezca en la terapia o que abandone sus intentos de cambio.

Freud (1922) sugirió que entre las condiciones suficientes para la terapia, se encontraba la capacidad del paciente para entablar relaciones racionales con otros. Por tanto, la racionalidad de las relaciones del paciente con el terapeuta es un elemento necesario para crear un ambiente de esperanza y cambio.

Las esperanzas realistas con las que el paciente acude a psicoterapia encierran la de encontrar a un ser humano que pueda ayudarle a conseguir su libertad, su autonomía y a tener nuevas ilusiones.

En la psicoterapia de Rogers, el cliente es por definición, el protagonista de esta terapia. Por esta razón, el éxito o fracaso terapéutico dependerá de la forma en que él perciba la relación con el terapeuta. Esta relación es el eje en que se articula el proceso psicoterapéutico siendo menos importante la personalidad del terapeuta, su ciencia y su técnica, que la forma particular en que todo esto es vivenciado por el paciente.

El sujeto llega a la psicoterapia con una óptica distorsionada

aplicada a sí mismo y su mundo. La figura del terapeuta surge como una consecuencia del "filtrado", más o menos importante, que le impone dicha óptica.

Rogers al examinar con detenimiento la situación del paciente observa una gran influencia de las expectativas del paciente sobre la percepción que tiene del terapeuta, enumera varios casos:

- 1) Que el terapeuta sea una figura parental que resuelva sus problemas y dirija su vida.
- 2) Que actúe como un "cirujano psíquico" que lo opere más o menos dolorosamente y lo reconstruya aún en contra de su voluntad.
- 3) Que le ofrezca consejos para aceptarlos o cambiarlos.
- 4) El temor de ser "rotulado" o herido en la relación, por experiencias previas y desafortunadas con otros terapeutas.
- 5) Que el terapeuta sea una prolongación de la autoridad que lo derivó.
- 6) Que se vea obligado a resolver sus propios problemas en las sesiones, lo cual puede parecerle o muy positivo o muy amenazador.

Existen otras expectativas pero estas pueden dar idea de la forma distinta en que el terapeuta puede ser visto por cada paciente.

El proceso de la psicoterapia es en gran medida corregir esta óptica infiel de modo que la distancia entre la imagen inicial del terapeuta y su real disminuya al máximo.

La resistencia está presente aún antes de que el paciente dé los pasos iniciales para establecer contacto con el terapeuta. Las razones para dicha resistencia han de buscarse en la creencia más o menos profundamente arraigada en el paciente de que no hay una alternativa real a su actual modo de vida, y en su profundo temor de que el terapeuta lo prive de ese único camino hacia la supervivencia, por ineficaz y limitado que sea. Las esperanzas racionales del paciente provienen de su conocimiento profundo aunque inconsciente, de que fundamentalmente ha fracasado en la realización de sus potenciales humanos constructivos, y también provienen de los conflictos que

acompañan a ese fracaso. Por ésta razón el pronóstico es favorable en casos como éste, donde el conflicto se halla presente. Es decir, la angustia inconsciente y la incomodidad, son indicaciones pronósticas positivas (Arieti 1955; Fenichel 1966; Freud 1936; Fromm 1955). La base de esta afirmación es la creencia de que la inquietud originada por la angustia estimularía al paciente a efectuar esfuerzos más vigorosos de autoinvestigación de los que podría esperarse sin no sintiera angustia. Los pacientes que experimentan ese desasosiego están más cerca del bienestar que aquellos que no lo sienten.

El terapeuta puede también aportar necesidades y deseos racionales a este encuentro con el paciente. Freud (1937) creía que un requisito esencial para realizar la labor analítica era "un grado considerable de normalidad mental y de corrección". Fromm Reichman (1952) sugirió también que el bienestar emocional del terapeuta es un requisito previo del trabajo efectivo, y que la salud se caracteriza por la buena disposición para conocerse a uno mismo, más que por una ausencia artificial de los inevitables problemas que presenta la vida o por un convencionalismo estéril. Sullivan (1949) considera que el psicoterapeuta debe estar "emocionalmente sano".

Rogers considera la experiencia psicoterapéutica como una relación profunda y significativa a la que el paciente puede llevar todo lo que emocionalmente es y en la que se reúne con los sentimientos del terapeuta. Esta no puede ser una relación sostenida intelectualmente por el terapeuta, ya que el elemento básico de la misma es de carácter afectivo. Enuncia de manera breve una relación de ayuda en los siguientes términos: "Si puedo crear cierto tipo de relación, la otra persona descubrirá en sí mismo su capacidad de utilizarla para su propia maduración y de esa manera se producirán el cambio y el desarrollo individual". "Esta relación se caracteriza por una especie de transparencia que pone de manifiesto mis verdaderos sentimientos, por la aceptación que la otra persona como un individuo diferente y valioso por su propio derecho y por una profunda comprensión empática que me permite observar su mundo tal como él lo ve. Una vez lograda éstas condiciones (aceptación incondicional, autenticidad y congruencia), me convierto en compañero de mi propio cliente en el transcurso de la aterradora búsqueda que ya se siente capaz de emprender".

Se ha considerado que solo el terapeuta que cree en la posibilidad de su propia libertad para saber y elegir, es capaz de ayudar al paciente a saber y a elegir. El terapeuta enfrentará conflictos en el transcurso de la plena obtención de ésta libertad de acción y es también evidente que no pueda caer en la tentación de abandonar la búsqueda de esa libertad.

Desde un principio el terapeuta intenta comprender el estado del paciente, captar las implicaciones de sus síntomas mediante la investigación de la resistencia, de los sueños, de los procesos de transferencia y contratransferencia, y que adquiera insights profundos de su vida y sus experiencias.

El desarrollo del insight es la aspiración básica de la psicoterapia, pues el logro del conocimiento íntimo es en cierto modo sinónimo de bienestar emocional.

Freud (1913) estaba convencido de que el insight emocional y la comprensión intelectual eran sinónimos, pero posteriormente se percató de que la comprensión intelectual de las propias motivaciones no es suficiente para un cambio.

En la teoría psicoanalítica y en la teoría del aprendizaje, el término insight describe un proceso de percepción y comprensión de conexiones en una forma esencialmente intelectual. En la terapia psicoanalítica se hace referencia a la apreciación racional de la propia conducta y sus fuentes motivacionales.

El término insight está asociado con la teoría del aprendizaje, con la teoría de la gestalt y con la teoría Lewiniana del campo.

Wertheimer (1959) se ha referido con frecuencia al fenómeno de insight como "al ver la luz", pero por lo general lo hace en un sentido estrictamente intelectual y anticipa retadoras ideas acerca de las circunstancias que facilitan o retrasan un aprendizaje introspectivo.

Los desalentadores resultados de los esfuerzos psicoterapéuticos en que se basaron tales premisas, llevaron a la búsqueda de nuevas conceptualizaciones del término y a la insistencia en que el insight debe ser definido como un "proceso experiencial".

Otros autores opinan que solo el insight emocional y la plena conciencia de la experiencia personal puede llevar a cambio auténticos y a modificaciones de la conducta. La búsqueda del insight, como experiencia, es sinónimo de búsqueda de identidad. Al captar su situación interna, la persona experimenta su identidad, comprende quién es y como es.

Rogers (1975) cree que el insight en psicoterapia tiene poco que ver con la comprensión formal y lo describe como conciencia de la experiencia. Plantea la siguiente definición: "el insight es esencialmente un nuevo modo de percibir". "Este nuevo modo de percibir es tanto el cimiento como el resultado de un nuevo aprendizaje y tiene poco que ver con la representación intelectual".

Lo que favorece el insight es el empleo de lo que él llama "la técnica primordial", afirma que para adquirirlo es fundamental el desarrollo de la autoaceptación, de la admisión de nuestras propias actitudes, sentimientos y experiencias. Este profundo amor a sí mismo, semejante al amor por el self del que Fromm habla tan elocuentemente, es para Rogers el reflejo final del insight.

Los autores que consideran el insight en términos de la experiencia coinciden con su insistencia de que para acrecentar el respeto propio y la propia estimación es indispensable el conocimiento de sí mismo. No obstante algunos de ellos han sugerido que la capacidad del insight profundo es ya una indicación del crecimiento del propio respeto. Además dichos autores sostienen que cualquier cambio significativo queda excluido si el paciente ignora estos aspectos de sí mismo que, según se supone, necesitan cambio. Los seres humanos enajenados en el núcleo de sus experiencias y actitudes, o aún conscientes de ellas solo de un modo abstracto, son incapaces de cambios íntimos, pues para ellos su vida emocional es un espejismo. La capacidad de reaccionar en forma diversa requiere el pleno conocimiento por parte del paciente de sus experiencias y una conciencia íntima de los estímulos a los que reaccionó: requiere que tenga insight.

El insight emocional y la captación introspectiva de la experiencia se dan muchas veces durante prolongados periodos de silencio. Aún

cuando el silencio en muchas ocasiones acentúa la resistencia, es evidente que los pacientes luchan con frecuencia durante tales períodos por captar la naturaleza exacta de sus emociones.

Confrontar al paciente con sus actitudes disociadas suscita el insight. Pero el momento de éste, del creciente reconocimiento, puede producirse en cualquier tiempo, en cualquier lugar y no está forzosamente restringido al instante en el que se efectúa la confrontación introspectiva.

El reconocimiento por parte del paciente de todo insight genuino es una prueba innegable de su potencial para crecer, es al mismo tiempo una de las fuerzas primarias que hace que el desarrollo de dicho insight sea muchas veces un proceso lento y penoso. El logro de la consciencia de sí mismo se hace difícil por el sentimiento de vergüenza que acompaña al desarrollo de la identidad y que es *producido precisamente por la consciencia de sí mismo. Es la vergüenza por no haber vivido de acuerdo con un acariciado ideal de sí mismo* (Lynd, 1961).

Hutchinson (1939, 1940, 1941) mantiene que cualquier insight auténtico, intelectual o nacido de la experiencia representa un acto creador, en el sentido de que cambia, en mayor o menor grado, lo existente. Los insights, explica el autor, amplían no solamente la zona del conocimiento, sino que toda la persona obtiene provecho de ellos. Con su esfuerzo por adquirir un conocimiento significativo, ya sea acerca de sí mismo o de lo que hay fuera de él, en el proceso mismo de esforzarse y lograr nuevas percepciones, el hombre se transforma de modo inevitable.

La consciencia de sí mismo como entidad independiente y única puede producirse solo mediante las yuxtaposiciones, los cambios y el consentimiento de la persona de semejantes modificaciones internas y externas. Pero si los sentimientos de independencia, de unidad y, en este sentido, la sensación de soledad son experimentados como peligrosos, como aterradores, entonces el individuo hará todo lo que pueda para evitar ese solo suceso que estimula la consciencia de sí mismo y de su existencia independiente: Se opondrá enérgicamente a desarrollar su insight.

La sensación de "solicitud" no es, por supuesto, inherentemente idéntica al sentimiento de "soledad". Por el contrario, aquél que puede estar solo y que puede soportar la consciencia de su existencia separada es capaz de una auténtica comunión con otros, porque la sensación de estar consciente de sí mismo, la sensación de "yo soy", es la condición necesaria para cualquier encuentro auténtico con otras entidades separadas. Sólo aquellos que se atreven a estar solos y a ser independientes pueden intentar el desarrollo de insight que los penetren a ellos y al medio que les rodea. Pero la distinción entre el profundo conocimiento de uno mismo y el conocimiento del medio ambiente es de por sí una distinción ilusoria y artificial.

Pues aquellos que se atreven a prestar atención a sí mismos, en este proceso se tornarán inevitablemente conscientes de las realidades cambiantes de su entorno, y la capacidad para presentar auténtica atención a las realidades circundantes implica la buena disposición —el anhelo— de experimentar lo nuevo dentro de uno mismo, al experimentar lo nuevo en el entorno. Por lo tanto, sólo ese estado interno de Tillich (1962) denomina "la valentía de ser" estimula la predisposición del hombre a percatarse de sí y a desarrollar esos insights, que por fuerza le hace recordar su existencia separada y cambiante.

La prosecución sistemática de esta línea de razonamientos lleva a una reducción parcial, cuando menos, de la dicotomía entre insight intelectual y emocional.

El insight intelectual y el emocional van de la mano, y un verdadero insight intelectual no puede desarrollarse sin una condición emocional esencial dada: la valentía de soportar la sorpresa. El insight no puede ocurrir cuando la persona no está dispuesta a observarse atentamente ni a establecer, en el curso de su autoinvestigación, una familiaridad íntima con la amplia variedad de sus experiencias. Lo que uno observa antes semejante repulsa no es ni inteligencia ni insight intelectual, sino sólo sus limitaciones baratas: intelectualizaciones y racionalizaciones. Esta observación concuerda con la idea de que la inteligencia auténtica y el insight intelectual auténtico no son ni condiciones indispensables ni vehículos para la psicoterapia, sino que son en realidad indicaciones de que se han producido cambios profundos y nuevas orientaciones. La intelectualización, es la antítesis

tanto de la introspección intelectual como de la emocional.

1.1. ALGUNAS INVESTIGACIONES EN PSICOTERAPIA.

Las ciencias de la conducta humana se han preocupado cada vez más por acrecentar el bienestar del hombre. Esta es una de las causas principales por la cual la investigación en el campo de la psiquiatría y la psicología en los últimos años ha buscado nuevos recursos para obtener un mejor éxito terapéutico.

Existen numerosas investigaciones sobre psicoterapia de las cuáles he seleccionado un número reducido de ellas que considero tienen alguna relación con el propósito de este estudio.

Dentro de éstas algunas se enfocan a la selección del método psicoterapéutico y otras que califican o seleccionan al terapeuta:

Un estudio realizado por H. Bachrach, (1975) discute cómo un terapeuta debe seleccionar la terapia adecuada para cada paciente, basándose primeramente en la etiqueta diagnóstica asignada a éste. Cada uno de los posibles tratamientos hace ciertas suposiciones acerca de la persona para quien fue prescrito: que pueda soportar la frustración y decepción por un largo tiempo, que tenga la habilidad de recordar reminiscencias desagradables y espantosas y que confíe en que el analista lo tratará con tolerancia y empatía. El tratamiento debe ser, por lo tanto, determinado finalmente por un conocimiento completo de la ansiedad del paciente, sus métodos para manejar el estrés, la dotación intelectual, imaginación, flexibilidad, estilo de pensamiento, su captación de la realidad, la imagen de otros y de sí mismo. Se concluye que el tratamiento debería emerger de un diagnóstico basado no sobre la clasificación sino sobre el entendimiento empático.

En los Estados Unidos, N. Shainess (1977) dio a conocer su trabajo en el que presenta una revisión de las crisis en la vida de las pacientes durante la práctica clínica en el lapso de un año. Sugiere lo siguiente:

- A) La crisis en la vida de la mujer exige consideraciones rápidas, evaluaciones cuidadosas y acción terapéutica inmediata.
- B) Estas crisis pueden ser clasificadas como relacionadas el abandono, suicidio o sus equivalentes, pérdida de trabajo, "anclaje" social o fallecimiento, asalto físico, enfermedad seria, transiciones en su desarrollo y función reproductiva, problemas maritales, cambios regresivos y repentina recrudencia de problemas de la vida temprana y finalmente los relacionados con la vejez.
- C) Desde el punto de vista de la dinámica, estas crisis pueden ser reclasificadas en términos del dilema existencial de la mujer, factores que causan repentinamente pérdidas del autoestima, asaltos internos y externos como resultado de amenazas de eventos inesperados.

Se concluye que no puede haber un estilo de tratamiento "rutinario", se enfatiza la sensibilidad especial hacia cambios en la realidad y las expectativas culturales con relación a la mujer.

También en los Estados Unidos en 1976, A. C. Fenster, C.F. Wiedemann y J. Balkin publicaron su investigación en la cual se examina la relación de variables de personalidad en la elección de un terapeuta.

A 119 alumnos de psicología les mostraron películas de 3 terapeutas prominentes trabajando con el mismo paciente; se les pidió indicar a cual de los 3 seleccionarían si tuvieran que escoger un terapeuta.

A los sujetos se les aplicó una batería de pruebas psicológicas (incluyendo el Inventario de Personalidad de Eysenck, la Escala de Dogmatismo de Rokeach, y la Prueba de Habilidades Mentales de Clasificación Rápida de Otis); se examinaron las diferencias de personalidad relacionadas a la elección del terapeuta.

Los resultados sugieren que la inteligencia y el autoritarismo son variables relevantes; sujetos más inteligentes y menos autoritarios escogen al terapeuta que tuvieron un acercamiento marcadamente

racional para la resolución de problemas, los autores sugieren que este estudio sea aplicado a una situación terapéutica real.

J.D. Van Wyk publicó en 1981 una investigación la cual intentó formular índices válidos para la identificación del potencial del terapeuta que podrían ser usados para propósitos de selección.

El diseño experimental se llevó a cabo con estudiantes universitarios, incluyéndose las siguientes variables que calificaban al terapeuta: autoactualización, dos medidas diferentes de empatía (el Índice de Comunicación de R.L. Carkhuff y la Imposición de Grupo de Rasgos Interpersonales de G. Godman); inteligencia; y promedio de calificaciones en estudios profesionales.

Se encontró una relación significativa entre la clasificación por criterios y la clasificación basada en estos índices de selección.

En un estudio más amplio, dos grupos de terapeutas, clasificados como "eficientes" y "deficientes" diferían significativamente en dos puntos; en la empatía y en el nivel de autoexploración de sus pacientes. Se concluye que los dos puntos anteriores son los más relevantes en la clasificación del potencial del terapeuta.

R.J. Manthei, R.L. Vitalo y A.E. Ivey, en 1982, compararon el progreso terapéutico de tres grupos asignados al azar (con catorce sujetos cada grupo) de clientes de un centro comunitario de salud mental:

- (a) Clientes que vieron una presentación a base de diapositivas y sonido acerca de todos los terapeutas disponibles y que se les permitió elegir a su propio terapeuta.
- (b) Clientes que vieron la presentación y el director clínico les asignó un terapeuta.
- (c) Clientes que no vieron la presentación y el director clínico les asignó un terapeuta.

No se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en su reacción inicial hacia la clínica, número de sesiones de terapia, tipo de terminación, severidad de los problemas presentados,

satisfacción de los terapeutas con la terapia, calificaciones de "general Well-Being Schedule" y calificaciones de "Current Adjustment Rating Scale". Análisis más amplios revelaron que tres de cada cuatro clientes habían mejorado significativamente como resultado de la terapia. Se concluye que no existe evidencia en la investigación que muestre la eficacia de la elección del cliente en terapia externa.

Por su parte B. Mook en 1982, estudia el proceso de la psicoterapia infantil por medio de un análisis de las conductas verbales del terapeuta. Se hicieron grabaciones de audio y video de nueve sesiones intermitentes de psicoterapia con dos clientes, niñas de 8 a 12 años; en una cinta maestra se grabaron al azar segmentos de cuatro minutos de las grabaciones originales y se clasificaron por medio de las escalas de Carkhuff en cuanto al entendimiento y respeto empáticos.

Las transcripciones fueron categorizadas posteriormente por medio del Sistema de Categoría de Respuesta Verbal en Consulta, de Hill, y de un arreglo preliminar de doce variables gramaticales; las transcripciones se fragmentaron a secciones de un minuto de duración y todas las variables del terapeuta se intercorrelacionaron y analizaron factorialmente.

De acuerdo con las expectativas de la investigación, se encontraron niveles altos de confiabilidad interporcentuales para las escalas de Carkhuff y niveles de acuerdo relativamente altos para el sistema de Hill. Un análisis de las variables del terapeuta mostró la naturaleza de las intervenciones terapéuticas, así como el patrón de cambio a través de sesiones consecutivas de psicoterapia. La conducta de respuesta verbal de cada terapeuta fue sumariada mejor mediante análisis factorial.

Se discuten diferencias comunes e individuales entre los terapeutas y se dan indicaciones para el estudio futuro de las variables del terapeuta en la investigación del proceso de psicoterapia infantil.

También se han efectuado investigaciones orientadas al tratamiento que emplea el terapeuta en función de las diferentes clases sociales.

H. Enke y R. Gollner en Alemania Occidental investigaron estas diferencias en un trabajo publicado en 1971. Estudiaron la relación entre las indicaciones diferenciales teóricas para procedimientos de tratamiento psicoterapéutico y su aplicación práctica en la medicina social de Alemania Occidental. 225 pacientes clínicos de Mainz fueron comparados con 60 de Stuttgart con respecto al número de días de permanencia, procedimiento del tratamiento y número de tratamientos; los datos colectivos de los 225 sujetos de Mainz comparados con 50 Stuttgart en cuanto a nueve aspectos personales y socioeconómicos; los datos de 41 sujetos de cada clínica en cuanto al número de quejas presentadas; y los datos colectivos de 31 sujetos de cada clínica en cuanto a los resultados de una prueba de inteligencia y del Inventario Personal de Frigurg.

Los datos mostraron que la población de pacientes de las dos clínicas era casi idéntica con respecto a las indicaciones médicas y que los procedimientos de los tratamientos aplicados serán muy distintos. Se concluye que el tipo de tratamiento dado con frecuencia depende más de los factores socioeconómicos (ubicación y tamaño del centro de población) y el tipo de cuidado terapéutico disponible, que de las indicaciones teórico diagnósticas.

En 1971 L. Luborsky y otros colegas suyos presentaron un trabajo en el cual revisaron 116 estudios de pronóstico de éxito en psicoterapia individual con pacientes adultos. Los elementos de pronóstico son clasificados como factores del paciente, del terapeuta o del tratamiento, se contaron los elementos significativos y los no significativos. La mayoría de estos elementos se asocian con factores del paciente y la minoría con los del terapeuta o del tratamiento.

Los factores del paciente que fueron asociados más a menudo con mejoría son: a) Salud psicológica o adecuación del funcionamiento de la personalidad. b) Ausencia de tendencias esquizoides. c) Motivación. d) Inteligencia. e) Ansiedad. f) Dotación educacional y social. g) Participaciones (estimadas desde las primeras sesiones). Los factores del terapeuta son: a) Experiencia. b) Patrones de actitud e interés. c) empatía. d) Similitud entre paciente y terapeuta. Los factores del tratamiento revelaron una tendencia principal: el número de sesiones.

Por otra parte, en 1971, E.R. Sethna y J.A. Harrington publicaron en Inglaterra una investigación en la cual preguntaron en una entrevista estándar a 53 pacientes que habían terminado su tratamiento de la psicoterapia de grupo y su evaluación de los aspectos del régimen y de otras terapias que hubieran recibido.

Los sujetos se clasificaron por su mejoría comparada con las expectativas; los terapeutas clasificaron la mejoría de los pacientes y esta mostró que aquellos que tenían mayor entendimiento del proceso psicoterapéutico fueron los que más mejoraron. Los pacientes considerados más adecuados para la terapia debido a su edad, inteligencia, nivel de ansiedad, motivación, etc., fueron también los que desarrollaron un mayor entendimiento del proceso. La adecuación del paciente para la terapia parece ser más importante para el progreso que la elección del terapeuta o del grupo. La opinión de los supervisores fue que la incorporación de drogas o cualquier otro tratamiento físico no produce tratamientos más cortos o más exitosos.

H.H. Strupp en su estudio publicado en 1974 presenta las condiciones esenciales para los cambios psicológicos que son aplicables tanto a terapias psicoanalíticas como a tratamientos de comportamiento. Se discuten tres condiciones: la creación de una relación de ayuda moldeada a modo de una relación padre-hijo; la creación de una base de poder de la cual el terapeuta influyen en el cliente a través de las técnicas psicológicas comunes; y un cliente con la capacidad de obtener beneficios de la experiencia.

Para obtener beneficio de la terapia se supone que el cliente tiene un cierto grado de inteligencia, una habilidad para ver sus sentimientos y su comportamiento objetivamente, una buena voluntad para soportar y/o revivir experiencias dolorosas, así como el tiempo, el dinero y la paciencia. Se hace contraste de la terapia con la crianza de niños y el problema de cómo los controles externos son transformados en internos es visto como uno de los temas básicos de la psicoterapia.

Otro investigador, en Alemania Occidental, H.O. Badura nos presenta su estudio, realizado en 1976, en el que discute y pesa factores relacionados con la psicoterapia y pronóstico de neurosis, usando análisis factorial y de trayectoria. Los sujetos fueron 20 pacientes con neurosis fóbicas, síndromes histéricos, neurosis

depresivas y esquizoides, y desórdenes psicossomáticos. Se realizó una entrevista inicial basada en principios psicoanalíticos y se administraron varias pruebas psicológicas, incluyendo las Escalas de Neuroticismo y extroversión del Inventario de Personalidad de Freiburg, la prueba de Rorschach y la forma abreviada de la prueba de Hawie.

Se obtuvieron nueve variables de estas pruebas y se correlacionaron para todos los pacientes y se analizaron factorialmente; se produjo mediante este proceso cuatro variables y utilizando el análisis de trayectoria se computó el peso de estos factores, incluyendo el buen éxito terapéutico.

Los resultados mostraron que una motivación consciente para el tratamiento con psicoterapia, la inteligencia y los criterios del pronóstico psicoanalítico tuvieron la influencia más importante en el éxito terapéutico.

También en Alemania Occidental A. Franke (1977) comparó dos grupos de 31 sujetos cada uno; uno recibió terapia de grupo centrada en el cliente y otra terapia individual. Los resultados mostraron cambios conductuales constructivos durante un estudio de seguimiento; los sujetos de terapia de grupo mostraron mejoría en las calificaciones de inteligencia después del tratamiento. Independientemente del tratamiento los hombres reportaron más mejoría que las mujeres. Se emplearon cuestionarios escritos y análisis factorial para obtener los datos y los resultados.

En los Angeles California, K.S. Pope, N.H. Simpson y M.F. Weiner en 1978 mencionaron lo siguiente: La práctica negligente dentro de la psicoterapia en pacientes ambulatorios brota básicamente de un rompimiento de las relaciones entre terapeuta y paciente, por lo cual los pacientes buscan desagravio, demandando abuso de confianza, diagnóstico inadecuado, falta de aviso previo, conducción inapropiada de la psicoterapia, falta de información y consentimiento previo, falla en la consulta o abandono o falla en el compromiso, en la supervisión y represión. La conciencia adecuada de estas posibilidades puede evitar muchas acciones de prácticas negligentes.

J.W. Maxwell y J. Wilkerson en 1982 presentaron un estudio en el que se investigaron los efectos de la terapia racional de grupo para promover el pensamiento racional y las emociones automejoradas entre 24 estudiantes universitarios. A cada sujeto se le administró el Cuestionario de 16 Factores de Personalidad antes y después del período terapéutico como una medición. Los resultados revelaron que algunos aspectos de la personalidad son afectados por la terapia racional de grupo, mientras otros aspectos no son afectados.

R.A. O'Connell, J.M. Golden y Ch. J. Semonsky (1972) trabajaron con adolescentes, se analizaron expedientes de 50 sujetos a los que se ofreció psicoterapia de grupo durante su hospitalización psiquiátrica. Los resultados muestran que los que asistieron a dos sesiones o menos tendieron a tener CI bajo del normal, destreza verbal pobre, comportamiento de acting-out, y hospitalizaciones previas frecuentes, comparados con los sujetos que permanecieron 10 o más sesiones. De los sujetos que tuvieron terapia de grupo la mayoría tendía a tener situaciones familiares pobres.

En Inglaterra L.F. Lowenstein, M. Meza y P.E. Thorne presentaron un estudio en 1983. La muestra incluye 30 sujetos entre los 8 y los 16 años de edad, con Coeficientes intelectuales de 73 a 130, emocionalmente perturbados, y con bajo rendimiento. Se asignaron a tres grupos experimentales que recibieron diferentes tratamientos en una comunidad terapéutica; de ellos, 10 sujetos control, seleccionados al azar, asistieron a sesiones de repaso en la principal corriente educativa. El grupo 1 fue orientado a educación individual, el grupo 2 a tratamiento psicológico y el grupo 3 a una combinación de educación individualizada y tratamiento psicológico. Se hicieron valoraciones antes y después del experimento en estabilidad emocional (escala de neuroticismo del Inventario de Personalidad de Eysenck); inteligencia (WISC); cocientes de lectura, deletreo y matemáticas; aspiraciones vocacionales; y satisfacción con la vida. Todos los grupos experimentales mostraron mejoría significativa en todos los criterios valorados. El grupo 3 mejoró más en todos los criterios excepto en satisfacción y aspiraciones vocacionales. Los sujetos control mostraron un deterioro en todos los criterios pero no a un nivel significativo.

Otro estudio, realizado por A.I. Gallo en Argentina en el año de 1971, plantea que la gran mayoría de pacientes que abandonan la terapia de grupo son neuróticos "predestinados" por lo que su neurosis no puede ser modificada con la terapia de grupo. Se sugieren modificaciones para la selección de pacientes.

O.S. English en 1971 publicó su estudio en el que alienta al terapeuta a examinar sus sentimientos concernientes hacia los pacientes que toman vacaciones durante su terapia. Esto no solamente repercute en una disminución del ingreso del terapeuta sino que también puede engendrar sentimientos de pérdida o deserción.

En Brasil se publicó en 1971 una investigación de H. Fiorini, en la que sugiere un esquema para la primera entrevista en psicoterapia a corto plazo, enfatizando la importancia de este primer contacto con el terapeuta para determinar la continuidad o el abandono de la terapia. El esquema incluye la obtención de información, diagnóstico, aclaración del problema, especificación de las expectativas mutuas concernientes al tratamiento, reforzamiento de la motivación y contrato.

Otra aportación, de H.A. Ferrari y A. Marticorena data de 1971; es una investigación con diversas variables (sexo, edad, estado civil, fuente de referencia, y diagnóstico) en el cumplimiento de la psicoterapia de tiempo limitado contratado (12 sesiones, una o dos veces por semana) con 68 pacientes. Se encontró que el 55% de los sujetos completaron el tratamiento, incluyendo: a) sujetos casados, de edad media, con educación más alta, con quejas crónicas, una familia disintegrada, y referidos desde fuera de la institución; b) sujetos con sesiones de tratamiento una vez por semana en lugar de dos veces por semana; c) sujetos en los que el terapeuta era del sexo contrario.

P.N. Pao, en 1973, publicó una investigación en la que explora la dinámica y la génesis del fenómeno clínico de la huida defensiva, como resultado de sentimientos de separación y de abandono, de un objeto "malo" —a menudo el terapeuta— a un objeto "bueno" que representa una imagen por la cual el paciente había tenido anteriormente sentimientos positivos. La posibilidad de la mala identificación de la huida por parte del terapeuta y las repercusiones serias de esto son discutidas.

Por su parte, M.V. Seeman llevó a cabo un estudio en Toronto, en 1974, en el que argumenta que los pacientes abandonan la psicoterapia cuando la interacción entre paciente y terapeuta se aproximan a las condiciones existentes en la familia en el momento en que el paciente abandonó el hogar. Pacientes dependientes de padres sobreprotectores abandonan la terapia para evitar la experiencia sofocante de la adolescencia; pacientes esquizofrénicos que funcionan como parte de una unidad simbiótica abandonan la terapia, usualmente para recaer cuando la simbiosis con el terapeuta es interrumpida; pacientes obsesivos que han sido abrumados por escrúpulos y obligaciones en sus hogares abandonan el tratamiento cuando el hecho de continuarlo parece ser una obligación moral; pacientes de padres rechazantes dejan la terapia cuando se sienten rechazados; pacientes cuyos padres parecen desempeñar ciertos roles abandonan la psicoterapia cuando se sienten presionados por el terapeuta a actuar esos mismos roles. Se plantea que el terapeuta puede prevenir una terminación prematura de la terapia anticipándose a las señales cruciales en la terapia de cada uno de los pacientes, e interpretando la huída de la terapia con respecto a la experiencia que tuvo el paciente al abandonar el hogar.

M.P. Koss en 1979 examinó la duración del tratamiento para todos los clientes (N=100) vistos en psicoterapia durante 1975 por siete terapeutas para determinar la frecuencia relativa de la psicoterapia a largo plazo (25 sesiones) en comparación con las de corto plazo (25 sesiones). Los clientes eran jóvenes, de clase media, inteligentes y con perturbaciones que iban de leves a moderadas. La medida de la duración del tratamiento fue de ocho sesiones; el 80% de los clientes abandonó el tratamiento antes de 25 sesiones. Este descubrimiento es también válido para las instituciones públicas. Los resultados reafirman la necesidad de una investigación y desarrollo de técnicas de tratamiento a corto plazo diseñadas para utilizar efectivamente el breve tiempo, que aún los clientes privados, dedicar a la psicoterapia.

P. J. Carpenter y L. M. Range (1982) analizaron las calificaciones de terapeutas en las escalas de ideología de Salud Mental Comunitaria (ISMC) y de Valores Democráticos (VD) además de sexo y afiliación profesional, para pronosticar el número de visitas

terapéuticas de 166 pacientes. Un análisis de regresión múltiple por etapas indicó que todas las variables tomadas juntas contaban para el 3% de varianza en la duración del tratamiento. Un análisis de varianza de cuatro vías reveló solamente un efecto principal significativo para la escala ISMC. Así, los terapeutas con bajas calificaciones en esta escala tenían significativamente más sesiones de terapia con sus clientes que aquellos terapeutas con altas calificaciones en la misma. Consistentes con su orientación comunitaria, los terapeutas con calificaciones altas en la escala ISMC pueden valorar accesos a tratamientos más breves que esforzarse en recursos externos y prevención primaria. Tal vez la interacción cliente-terapeuta en la relación terapéutica y/o consideraciones institucionales tiene más impacto en la duración de la psicoterapia que las variables solas del terapeuta.

En 1982 F.A. Kelner intentó pronosticar la terminación prematura de la psicoterapia en pacientes ambulatorios. Este asunto ha sido un problema constante para los terapeutas de todo el mundo. En un esfuerzo para identificar a los pacientes potenciales de terminación prematura, Jochim (1974) examinó los apartados del Cuestionario de Historia Social y su capacidad para diferenciar a los pacientes (N=103) que terminaron prematuramente el tratamiento, de aquellos que permanecieron en él. El resultado fue un instrumento de 23 apartados con el que era posible identificar correctamente el 91% de los que permanecieron y al 92% de los que terminaron prematuramente.

El propósito de esta investigación era determinar las posibilidades de generalizar la escala TP (Terminación Prematura) de Jochim; utilizando las calificaciones abreviadas recomendadas, el 50% de los sujetos fue clasificado imprecisamente o no se clasificaron. La mejor calificación abreviada para esta muestra produjo una tasa de error del 36.9%. Los datos de permanencia en psicoterapia pueden ser obtenidos de dos maneras: uno, revisando los expedientes clínicos para determinar el tiempo de permanencia en el tratamiento (por ejemplo, Fiester & Rudestam, 1975), otro, mediante encuestas donde se preguntan a las personas si alguna vez han consultado a un especialista en salud mental, y si la respuesta fuese afirmativa, durante cuánto tiempo o cuantas sesiones (por ejemplo, las Estadísticas del Centro Nacional para la Salud Mental en los Estados Unidos, 1966). Garfiel revisó ambos tipos de estudios y reportó una

mediana de duración del tratamiento de seis sesiones, con un 66% de clientes que abandonan el tratamiento alrededor de la décima sesión. Por lo tanto, la psicoterapia a largo plazo parece ser un caso raro en las instituciones de tratamiento psicoterapéutico investigadas hasta esta fecha (M.P. Koss, 1979).

La terminación prematura de la psicoterapia ha sido un problema continuo para los centros de salud mental. En los últimos 25 años el porcentaje de deserción ha sido estimado entre el 50% y el 60% en la cuarta sesión terapéutica (Borghi, 1968; Haddock & Mensh, 1957; Kelner, en prensa; Rogers, 1960). Clínicos y administradores se han preocupado por esta dedicación de tiempo y energía que no han producido resultados positivos visibles.

En un esfuerzo por identificar a pacientes que abandonan prematuramente el tratamiento, los investigadores han usado una gran variedad de variables psicológicas y sociales: el MMPI (Borghi, 1968; Sullivan, Miller & Smelser, 1958), el indicador de tipo Myer-Briggs (Mendelsohn & Geller, 1967), la prueba de Completar Enunciados del Estado de Michigan (Hiller, 1959), la prueba de Rorschach (Affect & Mendick, 1959), clase social (Brandt, 1965; Imbert, Nash & Stone, 1955), nivel educativo (Garfield, 1971) y etnicidad (Nielsen, 1973).

Ninguno de los instrumentos o variables ha demostrado una capacidad significativa para seleccionar a los pacientes que abandonan prematuramente el tratamiento (Kelner, 1982).

La mayoría de los estudios que se realizaron entre 1958 y 1970 que investigaron la permanencia en psicoterapia y el MMPI no encontraron una relación entre ambos (Borghi, 1968); Dodd, 1970; Sullivan, Miller y Smelser, 1958). Aún las relaciones poco significativas que han sido reportadas (Taulber, 1958; Wolff, 1967) no han sobrevivido a una validación cruzada (Dodd, 1970), sin embargo estudios posteriores han demostrado lo contrario. Se presentan algunas investigaciones realizadas sobre el pronóstico de la permanencia en psicoterapia utilizando las escalas del **MMPI original**:

D.A. Davis y J.C. Widseth en 1977 investigaron la utilidad de la elevación combinada de las escalas de Depresión y de Psicastenia del MMPI como un elemento de pronóstico de la solicitud de ayuda

psicológica, en dos generaciones de estudiantes de una pequeña universidad de artes exclusiva para varones y consideraron que estas dos escalas eran de gran utilidad para determinar la solicitud de ayuda psicológica.

M.P. Koss en 1980 investigó las características que pronostican la permanencia a largo plazo en la práctica psicoterapéutica privada. El estudio fue llevado a cabo en una clínica psicológica privada, con un equipo de 9 terapeutas experimentados y autorizados. Los clientes a largo plazo fueron aquellos que permanecieron 25 sesiones o más (N=64, X sesiones = 47) y los clientes a corto plazo fueron seleccionados al azar entre los que asistieron a menos de 25 sesiones, (N=88, X sesiones = 7). Todos los clientes eran bien educados, de clase media alta, y con perturbaciones que iban de leves a moderadas. Los datos para el estudio se obtuvieron completamente de los expedientes de los clientes.

Las variables demográficas (edad, sexo, estado civil, CI, educación y ocupación) y de diagnóstico (diagnóstico basado en DSM-II, con problema principal presentado) fueron obtenidos para propósitos de comparación de la muestra. Las variables elegidas para investigación en este estudio consistieron de dos variables del tratamiento: una, si el paciente contaba o no con seguro médico; dos, el uso de medicamentos durante la psicoterapia, ya que en una investigación privada (Koss, 1979) se habían encontrado más asociadas con los clientes a largo plazo que con los clientes a corto plazo. Así también los datos psicométricos (puntaje T en las escalas de validez y clínicas del MMPI, aplicado antes de la terapia, con corrección K) y disponibles de 40 clientes a corto plazo y de 30 clientes a largo plazo.

Los resultados con respecto a las variables del tratamiento indicaron que los clientes a largo plazo fueron más propensos en tomar medicamentos psicoactivos durante la terapia y más propensos en contra con seguro médico, que los clientes a corto plazo. Además, los clientes a largo plazo tuvieron también puntajes más bajos en la escala K (Defensividad sutil) ($t=2.11$, $p .05$) que los clientes a corto plazo.

El primer análisis de regresión reveló que en ausencia de los datos del MMPI la variable de seguro médico contribuyó significativamente al pronóstico de la permanencia lo mismo que los medicamentos. Estas dos variables juntas contaron para el 14% de la varianza total; sin embargo, cuando los datos psicométricos se agregaron a las variables del tratamiento y se corrió un segundo análisis de regresión solamente las escalas 2 y 0 del MMPI contribuyeron al pronóstico del número de sesiones. Estas variables juntas contaron para el 30% de la varianza.

G.D. Walters, G.S. Solomon y V.R. Walden intentaron en 1982 pronosticar la permanencia terapéutica, medida por el número total de sesiones asistidas, con el MMPI. Los pacientes con alta permanencia fueron definidos como aquellos que asistieron a seis o más sesiones, mientras que los de baja permanencia fueron los que asistieron a menos de seis sesiones.

Los datos para este estudio fueron obtenidos de los expedientes clínicos de la Clínica Psicológica del Tecnológico de Texas. Solamente los expedientes de pacientes ambulatorios entre las edades de 18 a 55 años a los que se les administró el MMPI al inicio del tratamiento fueron considerados.

Los sujetos fueron 360 pacientes ambulatorios femeninos (180 con alta permanencia, 180 con baja permanencia) y 204 pacientes ambulatorios masculinos (102 con alta permanencia y 102 con baja permanencia). Todos los grupos se dividieron en mitades iguales para permitir una validación cruzada de las tres funciones discriminantes separadas: una para hombres, otra para mujeres y una para la muestra completa (hombres + mujeres). La validación cruzada reveló que solamente la función discriminante para hombre logró una precisión de clasificación (60%) mayor que la esperada por la casualidad.

La relación entre permanencia y el MMPI parece ser más fuerte en los sujetos masculinos que en los femeninos. Aunque no todas las correlaciones fueron significativas, la tendencia para los hombres parece estar en que las escalas clínicas se correlacionan positivamente con la permanencia, mientras que las dos escalas de

validez que se pensó median defensiva (L Y K) se correlacionan negativamente con la permanencia.

Una serie de correlaciones biserialas indicaron que los hombres con alta permanencia tendían a ser menos defensivos cuando experimentaban mayor angustia y que las mujeres con alta permanencia tendían a ser más introvertidas y menos impulsivas en relación con sus respectivas contrapartes de baja permanencia.

Un estudio efectuado en México por O. Rivera y L. Rodríguez en 1982, intentó aportar un elemento de tipo pronóstico acerca de la permanencia en terapia, mediante el análisis de la personalidad y del rendimiento intelectual de pacientes ambulatorios universitarios, a través de la prueba de Dominós y las escalas K, 2, 7, y 0 del MMPI.

Se estudiaron 89 casos de universitarios atendidos entre 1973 y 1980 en un Centro de Servicio Psicológico. La mayoría de ellos fueron hombres, con edad promedio de 22 años, inteligencia término medio (Rango III), con puntajes T dentro de la normalidad en la escala K, y elevados en las escalas 2, 7 y 0 del MMPI, manifestando como principal motivo de consulta estados depresivos en mayor o menor grado (29.21%). La permanencia en psicoterapia fue de 8 sesiones en promedio y el 50% de las asistencias menores o iguales a 5.

Se realizó un Análisis Estadístico de Regresión Múltiple en 31 etapas, considerando todas las posibles combinaciones de las cinco variables independientes: puntaje bruto de Dominós, puntaje T de las escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI, con respecto a la variable dependiente, el número de sesiones asistidas.

Resultaron significativas dos de las regresiones: puntaje de la escala 2 del MMPI, y el puntaje de Dominós, con las cuales es posible pronosticar el número de sesiones con una confiabilidad del 75%.

Los porcentajes de uso del servicio de consulta durante los cuatro años de estancia en la universidad para todos los estudiantes que obtuvieron calificaciones T=60 o más en ambas escalas del MMPI (N=83), fueron comparados con los porcentajes de todos los demás estudios (N=269).

Los estudiantes del grupo que tuvo puntajes altos en depresión y psicastenia fueron significativamente más propensos en solicitar consultas durante su primer año en la escuela que los otros estudiantes ($p=.05$). Entre los estudiantes que fueron atendidos en consulta, los del grupo de puntajes altos en esas escalas del MMPI también hicieron significativamente más visitas al servicio ($p=.05$). La aplicación de una regla de Bayes permite decir que un estudiante de esta muestra, con puntajes altos en las escalas 2 y 7 del MMPI, tenía más probabilidades de solicitar consulta en cualquier momento.

Después de toda esta revisión se destaca por un lado, los esfuerzos que han hecho los investigadores a lo largo de varios años para abordar desde diferentes perspectivas la psicoterapia y las variables relacionadas con ella. Cabe señalar que varios de estos artículos fueron los que también me motivaron a realizar esta investigación sobre todo los de Luborsky (1971), Sethna y Harrington (1971), Bachrach (1975), y Koss (1980); ya que cada uno de ellos aborda un aspecto dentro de la terapia que es muy frecuente observar cuando uno labora con jóvenes estudiantes que solicitan ayuda terapéutica.

CAPITULO 3

MMPI Y MMPI-2

3.1. MMPI

En 1939 Hathaway y McKinley comenzaron la investigación que los condujo a publicar en 1960 el "MMPI Handbook", ya para esta época se habían elaborado más de 220 escalas, un número de artículos y libros publicados sumamente extenso, que rebasaba sin duda las expectativas de los autores respecto a la prueba.

La prueba se ha traducido a varios idiomas, una de las primeras versiones al español se realizó en Cuba por el Dr. A. Bernal y el Dr. E. Fernández antes de la revolución. En México, el Dr. Nuñez y el Dr. Mena se encargaron de la traducción, y posteriormente de la revisión y adaptación. (Nuñez, 1968).

La prueba ha sido traducida a varios idiomas (Nuñez refiere 16), su mayor utilidad se ubicó en la ventaja de diferenciar entre personas sanas y enfermas, o con rasgos más o menos patológicos, también se ha usado para seleccionar candidatos en algunas instituciones y en el diagnóstico diferencial. Para aplicarla e interpretarla adecuadamente se requiere de un entrenamiento especial.

El MMPI consta de 566 preguntas que se encuentran en un cuadernillo y el sujeto contesta en una hoja de repuestas marcando cierto o falso según sea el caso.

En su versión final la prueba consta de cuatro escalas de validez y 10 escalas clínicas, su aplicación puede ser individual o en grupo, es necesario que el sujeto tenga una buena comprensión de la lectura y haya entendido claramente las instrucciones, se consideró que era necesario que los sujetos tuvieran como mínimo 16 años de edad y que tuvieran una escolaridad mínima de primaria. Para la calificación se utilizan plantillas o también mediante programas de computación. Las puntuaciones en bruto se vacían en un perfil lo que deriva en puntuaciones T y con ellas se elabora una clave. Esta codificación puede ser a través del sistema de Welsh o el sistema de Hathaway.

Las escalas de control son: Frases omitidas, L,F y K.

Las Escalas Clínicas son: 1(Hs), 2(D), 3(Hi), 4(Dp), 5(Mf),6(Pa),7(Pt),8(Es),9(Ma) y 0(Si). (Nuñez, 1968).

Cabe señalar que en el MMPI original se utilizaron puntuaciones T lineales , posteriormente y debido a algunos programas de computación elaborados para calificar la prueba (Finney 1969),Colligan, Osborne, Swenson y Offord, 1983) se desarrollaron las puntuaciones T normativizadas que dan perfiles muy distintos a los originales.(Citado por Lucio, 1995).

Debido a que el MMPI fue utilizando en un gran número de países y fue traducido a varios idiomas, fué necesario hacer una revisión en la redacción y tomar en cuenta algunos aspectos culturales, ya que podrían darse interpretaciones que no siguieran el propósito original de los reactivos. Dahlstrom (1986) encontró evidencias de ello, lo que hizo aún más necesario una reestandarización para poder usar en cada país normas nacionales que fueran más actuales. (Lucio,1995).

3.2. MMPI-2

Para la reestandarización del inventario se preparó una forma que se designó forma AX (Adultos –Experimental). Se mantuvieron los 550 reactivos originales, se modificaron 82 de ellos y se suprimieron 16 que se repetían. Agregaron 154 enunciados provisionales quedando un total de 704. Con ello, se trató de hacerlos más actuales y que estuviesen incluidas áreas como la familiar, los desórdenes alimenticios, abuso de sustancias, rechazo al tratamiento psicológico y algunas dificultades laborales. También se elaboraron cuestionarios con información biográfica y suplementaria de los sujetos que conformaban la muestra. También se contempló la posibilidad de incluir a parejas casadas o que habían vivido juntas por lo menos 1 año. Se aplicó inicialmente a 2,900 sujetos, quedando solamente 2,600 , 1,138 hombres y 1,462 mujeres. Las características más detalladas de la muestra se encuentran en el manual del MMPI-2 elaborado por Lucio(1995).La nueva redacción de los reactivos no alteró las propiedades psicométricas de los mismos.

3.2.1. MMPI-2 EN MÉXICO

Las Dras. Lucio, E. y Reyes I. (1994) profesoras de tiempo completo de la Facultad de Psicología de la UNAM, se dieron a la tarea de revisar el MMPI-2 realizando su traducción adaptación y estandarización.

Se aplicó la prueba a 1,920 estudiantes de la UNAM mediante una selección de estudiantes representativa de la población estudiantil universitaria contemplando las diversas carreras que ofrece la UNAM. La muestra se hizo al azar, por sorteo se eligieron las facultades de Artes Plásticas, Contaduría y Administración y Ciencias. Se seleccionaron 2, 246 estudiantes equivalentes al 10% de la población universitaria. Se excluyeron algunos sujetos por diversas razones: sobrepasaban el rango de edad, por datos incompletos o el no cumplir con los criterios de validez del protocolo, los criterios de validez que consideraron las autoras fueron los siguientes:

- φ Índice de Gough hasta 9
- φ VERDADEROS hasta 554 (80%)
- φ FALSOS hasta 454 (80 %)
- φ Sin respuesta hasta 29
- φ INVER entre 5 y 13
- φ INVAR hasta 13
- φ Fp hasta 11
- φ F hasta 20

La muestra quedó finalmente constituida por 1920 sujetos, 813 hombres y 1,107 mujeres. Se utilizó la versión elaborada por Lucio y Reyes en 1992. Las autoras encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la población mexicana y la población estadounidense, pero menores a las que se encontraron con el MMPI original. Dentro de las escalas básicas las diferencias encontradas en los varones fueron fundamentalmente en las escalas L y 8, en las mujeres en la escala L y 5. En las escalas de contenido, las diferencias en los hombres se encuentran en la escala de miedos donde los mexicanos puntúan más alto, y en las mujeres las escalas de Obsesividad, Miedos, Personalidad tipo A, las mexicanas puntúan más alto.(Lucio, 1995).

En las Escalas Suplementarias, las diferencias mayores se encuentran en los varones en la escala de Represión y Hostilidad Reprimida. En el grupo femenino las escalas de represión y Desajuste Profesional.(Ampudia y Lucio,1994). También señalan las autoras que la semejanza entre los tres tipos de perfiles de mexicanos y de norteamericanos es mayor en los hombres que en las mujeres.

Cabe señalar que uno de los hallazgos importantes de la Dra. Lucio en las investigaciones realizadas con estudiantes universitarios ha sido el que los perfiles obtenidos con el MMPI-2 , se acercan más a la normalidad en comparación con los obtenidos cuando se utilizó el instrumento original. También refiere la autora que la estructura factorial de las escalas básicas y las de contenido son muy semejantes en los estudiantes mexicanos que en los norteamericanos.

Los coeficientes de confiabilidad alfa fueron muy altos en las escalas básicas, de contenido y suplementarias.

La autora concluye que el MMPI-2 parece más adecuado que el MMPI original para evaluar población mexicana.

3.3. INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL MMPI-2 EN OTROS PAISES

James N. Butcher en 1990 examinó las respuestas de 515 hombres y 797 mujeres que eran estudiantes universitarios de 4 universidades, con la inquietud de corroborar lo que se venía observando en los perfiles de estudiantes que obtenían de una a una y media desviaciones estándar en relación a la media del grupo normativo.

El objetivo primordial de Butcher era evaluar la comparación de las escalas del MMPI-2 en población universitaria y la nueva muestra normativa para determinar si era necesario desarrollar un nuevo grupo de normas especiales para evaluar universitarios, las normas del nuevo MMPI-2 son comparables a las normas del MMPI originales, no obstante un puntaje en bruto dado para una escala, resulta en un puntaje T ligeramente más bajo.

Se realizaron varios análisis para obtener información acerca de la comparación de las escalas clínicas y de validez. Butcher concluyó que las normas del MMPI-2 que están basadas en una muestra más representativa nacionalmente que las normas del MMPI originales, aparecen pertinentes y apropiadas para estudiantes universitarios. Por tanto, los investigadores y clínicos que usan el MMPI-2 con estudiantes universitarios pueden estar seguros de que las normas del MMPI-2 son apropiadas para esta población.

Otro estudio realizado en 1992 para indagar la confiabilidad del MMPI-2 con estudiantes universitarios fue llevada a cabo por Matz P. Alteper.T. y Perman B. de la Universidad de Wisconsin. Se revisaron tanto la confiabilidad y la consistencia interna en unas muestras de 128 estudiantes universitarios, voluntarios y pasantes de la carrera de Psicología, el MMPI-2 fue aplicado 2 veces en forma individual en sesiones de grupos reducidos y con un intervalo de 21 días. En los resultados se encontraron diferencias significativas en 16 de 25 escalas, pero las medidas fueron menores a 4 puntos de puntuaciones T que podría ser considerado clínicamente como poco significativo. Así mismo se reporta que la confiabilidad se incrementó cuando las escalas son analizadas por separado. Los autores concluyen en la necesidad de investigar aún más la confiabilidad a nivel individual y los perfiles en muestras clínicas.

En 1994 Patrick Muley y Rebeca Busby llevaron a cabo un estudio en los indicadores negativos en el tratamiento asociado a desempeño irregular a través del MMPI-2. Utilizaron 2 grupos de 18 pacientes psiquiátricos cada uno, quienes habían contestado el MMPI-2 y que habían tenido un desempeño irregular o regular durante el tratamiento, los 2 grupos no diferían significativamente en edad, nivel educativo, estado civil y CI. Los puntajes elevados en la escala TRT reflejan actitudes negativas hacia los doctores y el tratamiento, este tipo de personas son descritas con ideas contrarias al tratamiento porque consideran que nadie puede comprenderlos o ayudarlos. El análisis de varianza de los dos grupos en la escala de rechazo al tratamiento no fue significativo. Así mismo, el análisis univariado de las 10 escalas clínicas no mostró diferencias significativas entre los dos grupos. Por tanto los autores concluyen que esta ausencia de diferencias significativas puede relacionarse con varios factores incluyendo limitaciones en el criterio para seleccionar pacientes con

desempeño regular e irregular y usarlo como indicadores de tratamiento. Así mismo, las actitudes hacia la efectividad de los médicos y el tratamiento en el inicio, puede cambiar en función de la experiencia del tratamiento y la efectividad de la alianza terapéutica entre el paciente y el personal relacionado con el tratamiento.

En general se observó que altos puntajes en K son asociados con bajos puntajes en la escala RTR. Un bajo puntaje en K en el tratamiento de un paciente puede reflejar un incremento en la vulnerabilidad y sensación de crisis asociado con el episodio del tratamiento. La asociación con altos puntajes en la escala RTR puede reflejar esta vulnerabilidad, falta de confianza en uno mismo, poca habilidad en la resolución de problemas y pérdida de confianza en los demás.

Los autores concluyen que la relación entre la escala K y la elevación de puntajes en rechazo al tratamiento es un área que debe estudiarse más. Esta investigación sería uno de los principales estudios que me guió para realizar la presente investigación.

Amir Porech y Douglas Whitman en 1993 compararon los perfiles del MMPI-2 de estudiantes varones con las puntuaciones extremas de la escala de aberración perceptual y pensamiento irreal que habían recibido tratamiento en la clínica universitaria (grupo 2) y otro grupo de estudiantes universitarios de la material de introducción a la Psicología que estuvieron de acuerdo en contestar los instrumentos y fueron investigados mediante el uso de una batería de pruebas diseñadas para medir rasgos esquizotípicos: La escala de aberración perceptual de Chapman y la escala de Pensamiento Irreal de Eckblad y Chapman. Los dos estudiantes que puntuaron con una desviación estandar de 1.5 hacia arriba fueron incluidos en el grupo 1.

Se hipotetizó que los sujetos con puntajes extremos en estas escalas producirían un puntaje más alto en los perfiles del MMPI-2 y que estarían incluidos en la categoría de esquizofrenia según la clasificación de Molding, Et al (1987).

Los autores concluyen que los perfiles encontrados en estudiantes universitarios con altos puntajes incluidos en la categoría de esquizofrenia y altos puntajes en las escalas de aberración

perceptual y pensamiento irreal tienen una elevada probabilidad de presentar esquizofrenia. Asimismo, los perfiles de sujetos esquizotípicos (8-6, 8-9 y 9-8), fue consistente con los hallazgos de Fujioka y Chapman (1984).

Blake D., Penk W. y Mori D. (1992) realizaron una investigación cuyo objetivo fue comparar las dos versiones del MMPI en una población clínica. Primero se intentó determinar las diferencias entre las administraciones con los puntajes crudos y en puntajes T. Posteriormente se buscó una mayor definición entre las submuestras diagnósticas de pacientes con desordenes en el pensamiento y en el carácter. Finalmente se buscó la confiabilidad de los dos inventarios a través de la comparación de pares de puntos.

Se seleccionaron aquellos pacientes que tenían capacidad de juicio y que podían tolerar ambos inventarios, haciendo un total de 34 pacientes masculinos y 3 femeninos. Las versiones se aplicaron en un orden azaroso. Se encontró que ambas versiones de MMPI demostraron un alto porcentaje de precisión en la clasificación de personas sin problemas psiquiátricos.

Los autores expresan que los profesionales que trabajan con pacientes psiquiátricos internos pueden esperar menos de los perfiles con puntajes T del MMPI-2. También se encontró que los dos inventarios resultan ser consistentes con altas correlaciones positivas, tanto en las escalas de validez como en las clínicas.

En otro estudio realizado por Dorothy H. Humphrey y W. Grant Dahlstrom en 1995 se investigó el cambio en la configuración del perfil del MMPI al MMPI-2. Para tal objetivo se aplicó el MMPI y el MMPI-2.

En un intervalo de pocos días a 53 individuos de una unidad hospitalaria. La estabilidad del test-retest fueron correlacionadas con el coeficiente momento-producto de Pearson. Las puntuaciones en bruto de las dos aplicaciones fueron altamente estables. Los patrones de puntajes naturales también fueron muy estables. Sin embargo cuando los puntajes naturales fueron transformados a puntajes T en sus respectivas normas, los patrones cambiaron drásticamente indicando que la base para la interpretación clínica derivada de los

perfiles del MMPI y el MMPI-2 variaron y llevaron a diferentes conclusiones.

Los autores recomiendan que hasta que se establezca una base mejor sobre el MMPI-2, es recomendable que se hagan dos perfiles por separado, uno con las normas originales y el otro con las normas reestandarizadas y que sean interpretados separadamente para determinar las diferencias y semejanzas.

Butcher en 1994 escribió un artículo en donde se integran algunas consideraciones sobre el uso del MMPI-2 en la evaluación de la personalidad y también en el ámbito psicoterapéutico. En lo que se refiere a su uso con estudiantes universitarios que solicitan apoyo psicológico, reporta que las investigaciones realizadas hasta la fecha (Drake 56, Guthrie 58, Later 63, Duckworth y Anderson 1986, Butcher 1990, Graham 1993), demuestran que el MMPI ha sido útil en su aplicación con este tipo de estudiantes. Se han encontrado algunas variables asociadas al proceso psicoterapéutico como lo es la hostilidad hacia el terapeuta o sobredependencia hacia él, también ha sido posible observar el abandono prematuro. Se han encontrado algunas claves de perfil relacionadas con ajuste o desajuste en su condición de estudiantes, también se menciona como el MMPI-2 puede ser de utilidad dentro del tratamiento psicoterapéutico ya que puede aportar algunas estrategias que pueden ser aplicadas en el tratamiento con estudiantes, como por ejemplo, la necesidad de recibir psicoterapia, o bien, como reacciona el estudiante ante algunos señalamientos en la situación de consejos, y por último la probabilidad de que permanezcan o abandonen el consejo psicológico. Las escalas de validez del MMPI son usadas como predictoras de la respuesta del sujeto a la situación de consejo. Los perfiles de las escalas de validez sugieren defensividad, negación de su problemática, o bien, si la persona considera que sus conflictos lo rebasan.

Butcher y Graham también señalan que la elevación de las escalas 2 y 7 además de depresión y ansiedad, sugieren un considerable estrés emocional que pone al examinado en una alta probabilidad de enfermar y por consiguiente permanecer durante más tiempo en tratamiento. Puntajes altos en la escala de rechazo al tratamiento sugieren que el examinado puede tener actitudes negativas hacia los profesionales de la salud mental y hacia el

tratamiento psicológico, lo que puede interferir con una intervención psicológica efectiva.

Otros usos del MMPI que señalan estos autores se refieren a emplear el resultado de la prueba como un camino para establecer rapport con el sujeto y de esta forma establecer metas terapéuticas.

Investigaciones recientes sugieren que cuando se recibe retroalimentación de los resultados del MMPI se asocian con una declinación significativa de los síntomas de malestar y un incremento significativo en la autoestima. Otra ventaja es que el MMPI-2 puede ser aplicado en varios puntos del proceso psicoterapéutico como una vía para evaluar los cambios en los síntomas y el distress.

Los autores de este artículo terminan su disertación con algunas conclusiones y sugerencias sobre futuras investigaciones que responderían a las preguntas: ¿Puede el MMPI-2 predecir la permanencia en consejo lo suficiente para que pueda dar lugar a cambios significativos?. ¿Puede el MMPI-2 identificar a las personas que tienen más o menos probabilidades de beneficiarse de la psicoterapia?. ¿Puede el MMPI-2 advertir al psicoterapeuta acerca de algunas conductas del sujeto que puedan facilitar o impedir el progreso psicoterapéutico?.

3.4. INVESTIGACIONES CON EL MMPI-2 EN POBLACION MEXICANA

En México el primer estudio con el MMPI-2 fue realizado por Lucio y Reyes en 1992, en la Facultad de Psicología de la UNAM con estudiantes universitarios. El objetivo de esta investigación fue adaptar y establecer las normas del MMPI-2 para este tipo de población. Se aplicó el inventario en una muestra representativa de 2246 sujetos, obtenida al azar entre los alumnos de la Facultad de Ciencias, Contaduría y Administración y la Escuela de Artes Plásticas de la UNAM.

Se eliminaron de la muestra 254 sujetos debido a que no cumplieron con algún criterio de inclusión, quedando finalmente formada por 1920 sujetos: 813 hombre y 1107 mujeres. La edad de los

estudiantes fluctuaba entre 17 y 36 años de edad. El MMPI revisado se tradujo al español y se adecuó el contenido y el lenguaje de los reactivos a la población mexicana. Este fue un trabajo de transliteración. Los criterios de validez que se consideraron fueron los establecidos por Lucio (1995).

En los resultados de la investigación se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los puntajes crudos de los estudiantes mexicanos y los de la población normativa norteamericana, pero menores a las que se encontraban con el MMPI original. Las normas de ambas poblaciones fueron similares; sin embargo, se encontraron diferencias de personalidad que se pueden deber a factores culturales. Los perfiles de los estudiantes mexicanos tienden a la normalidad. Los autores remarcaron que el MMPI-2 es más adecuado que el MMPI para evaluar a la población mexicana.

Taboada (1993) realizó una investigación del MMPI-2 en población universitaria de Nicaragua. La muestra con la que trabajó fue de 926 sujetos, de los cuales 380 eran hombres y 546 eran mujeres de cuatro universidades nicaragüenses. La edad de los estudiantes fluctuaba entre los 17 y 36 años. Como resultados en el perfil de las mujeres se encontró que las escalas más elevadas eran la F (T=68), 5 MF (T=66) y las 8 (T=65), en todas las demás escalas se obtuvieron puntajes T igual o menor que 60. En el perfil de los hombres ninguna escala sobrepasó T=65, siendo las más elevadas la F y la 8 con T=63. Ambos perfiles fueron comparados con las normas norteamericanas.

Lucio, Palacios y Butcher (1999) realizaron el análisis de la capacidad discriminativa del MMPI-2 comparando los perfiles de pacientes psiquiátricos con estudiantes universitarios. Este análisis lo realizó con una muestra de 200 pacientes psiquiátricos y 1920 estudiantes universitarios. Encontró diferencias muy significativas en las escalas de Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia y Manía. La prueba discriminó la sintomatología psicótica, misma que se mostró muy acentuada con los pacientes psiquiátricos. Se observaron diferencias significativas en la comparación de puntajes de los pacientes psiquiátricos y los estudiantes universitarios en las escalas de contenido.

Ampudia (1994) realizó un estudio con el MMPI-2 en español con el objetivo de conocer la relación entre el rendimiento académico en un grupo de estudiantes universitarios y explorar el comportamiento de las escalas suplementarias, las escalas clínicas básicas y las de validez. La muestra de este estudio fue de 650 estudiantes, de los cuales 385 pertenecían a la Facultad de Ciencias y 265 a la Escuela de Artes Plásticas de la UNAM. Los resultados indicaron que no hay diferencias significativas entre las escalas suplementarias, clínicas básicas y de validez, y el rendimiento académico de los estudiantes, excepto en la escala de dominancia. En el análisis de varianza encontró diferencias significativas únicamente en las escalas de dominancia y desajuste escolar, así como en las escalas clínicas de depresión, masculino-femenino y escala de ansiedad con relación a los diferentes promedios de calificación: alto, medio y bajo. En las escalas clínicas y de validez por género, encontró que existen diferencias significativas en las escalas L de mentiras, K de corrección, hipocondriasis, depresión histeria, desviación, psicopática, masculino-femenino e introversión-extroversión.

De la Torre (1994) realizó la validación concurrente de las escalas de contenido del MMPI-2 y una entrevista clínica en población psiquiátrica. Este fue el primer trabajo de investigación en México en el que se utiliza de manera conjunta el MMPI-2 y una entrevista. La entrevista utilizada fue abierta y semiestructurada de 21 preguntas con una duración de una hora y media a dos horas y media; la cual fue aplicada inmediatamente después de la aplicación del MMPI-2. La muestra de este estudio fue de 25 pacientes psiquiátricos de la Casa de Protección No. 4 del Departamento del Distrito Federal. En los resultados se encontró asociación en la mayoría de las categorías de la entrevista y las escalas de contenido. En la escala de ansiedad se asoció con la categoría de descripción de sí mismo (0.05) y con la de relación con la gente (.04). La escala de obsesividad se asoció con cuatro categorías como: descripción de sí mismo (.04), ocupación del padre (.05), efecto de muerte (.01) e internamiento (.02).

De la Torre concluye que la información obtenida de las escalas de contenido del MMPI-2 y la entrevista clínica se asocian significativamente en casi todas las categorías de esta última. La utilización de la entrevista nos corrobora la validez de la información que proporciona el MMPI-2.

Durán (1996) realizó como parte del proceso de estandarización del MMPI-2 a población mexicana una investigación cuyo objetivo fue comparar dos muestras de estudiantes universitarios de culturas diferentes para determinar si se mantiene en la muestra mexicana la estructura factorial del MMPI-2 encontrada por Butcher (1989) en estudiantes universitarios; además de establecer diferencias entre las dos culturas. Se utilizó la muestra de universitarios mexicanos, obtenida por Lucio y Reyes (1992), que estuvo constituida por 1920 alumnos de licenciatura de diferente facultades. Y como muestra de referencia de estudiantes universitarios norteamericanos se utilizó la obtenida por Butcher, Dahlstrom y Bowman (1990), la cual estuvo conformada por 1312 sujetos, formada por alumnos de tres universidades y de la academia de los Estados Unidos.

Los resultados mostraron que la estructura factorial del MMPI-2 en los estudiantes mexicanos es un tanto diferente a la encontrada en estudiantes norteamericanos dichas diferencias están dadas más en función de influencias culturales que de aspectos de personalidad. en el caso de los hombres los factores que se identificaron fueron cuatro: Ideación Psicótica, Preocupación Neurótica, Desórdenes de Personalidad y el de Identificación con el rol y el género igual que el grupo de norteamericanos. Para las mujeres también se mantuvieron los cuatro factores, en forma similar a la configuración encontrada en las mujeres norteamericanas. La diferencia en ambos grupos estuvo dada en como se agruparon las escalas dentro de los factores. El análisis de confiabilidad de las escalas, en la muestra de norteamericanos, muestra una alta consistencia interna; con respecto a la muestra de mexicanos los resultados son muy similares lo que indica que la adaptación del instrumento fue adecuada.

Lucio y Valencia (1997) investigaron cuales son las escalas de validez del MMPI-2 que discriminan correctamente a un mayor porcentaje de sujetos simuladores (buenos-malos). La muestra estuvo conformada por dos grupos: pacientes psiquiátricos y los estudiantes universitarios. La muestra de pacientes psiquiátricos se obtuvo de investigaciones previas con MMPI-2 (Palacios, 1994, De la Torre, 1995) realizadas en los Hospitales "Fray Bernardino Alvarez", San Fernando, la casa de protección social No. 4, Cuemanco y en el reclusorio sur; de donde se eligieron únicamente para la muestra

masculina a los pacientes previamente diagnosticados de esquizofrenia paranoide obteniéndose un total de 58 sujetos entre los 20 y 46 años de edad. Para la muestra psiquiátrica femenina se eligieron todos los casos de esquizofrenia independientemente del tipo, cuyo rango de edad fue entre los 17 y 47 años. La muestra de estudiantes estuvo conformada por un total de 119 alumnos de psicología de ambos sexos de la Universidad Nacional Autónoma de México, de la ENEP Zaragoza y de la Universidad del Valle de México plantel Tlalpan a quienes se les aplicó el MMPI-2 en dos ocasiones, primero bajo condiciones estándar y posteriormente bajo instrucciones de simulación. Las escalas que resultaron ser más exitosas en la detección de los sujetos que simulan estar mal, tanto para hombre como para mujeres fueron las escalas F, Fp y el índice F-K; todas ellas con un nivel de confianza de .005.

Gallegos (1996) realizó un estudio con la finalidad de conocer las características de personalidad de pacientes con neurodermatitis, a través del MMPI-2. La muestra estuvo formada por 44 pacientes (33 mujeres y 11 hombres), de consulta externa del Hospital Dermatológico Ladislao de la Pascua y por la muestra normativa de estudiantes universitarios aplicada por Lucio y Reyes en 1992. Los resultados indican que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las escalas básicas y de validez, de contenido y suplementarias del MMPI-2 entre el grupo de pacientes con neurodermatitis y el grupo normativo de estudiantes mexicanos. Las escalas básicas en la que se presenta diferencia significativa son: F, Hs, D, Dp, PA, Pt, Es e Is; las escalas de contenido: ANS, OBS, SAL, DEL, ISO, DTR y RTR, y las escalas suplementarias: A, R, Fyo, A-Mac, DO, Dpr, EPK y EPS. Gallegos concluye diciendo que sí existe relación entre los factores psicológicos medidos a través del MMPI-2 y las manifestaciones de neurodermatitis, lo cual corrobora que el instrumento puede ayudar a detectar factores emocionales asociados con este tipo de padecimientos, lo cual permitirá una intervención multidisciplinaria.

Larraguivel, G.; Monzón, L. Y Oyervides, S. (1996) realizaron el desarrollo de la escala F Psicopatológica del MMPI-2 para población mexicana. Se utilizó una muestra de 216 pacientes psiquiátricos (112 hombres y 104 mujeres), internos en varias instituciones de la Ciudad

de México. También se utilizó la muestra normativa de estudiantes aplicada por Lucio y Reyes (1992).

Los autores comentan que como los reactivos de las escalas de validez tratan sobre experiencias no comunes, al ser contestados por pacientes psiquiátricos estas escalas pueden elevarse y, no obstante, no necesariamente se deberían de interpretar como intentos de distorsionar voluntariamente el resultado. Es por esto la necesidad de desarrollar una escala que permite interpretar y entender las elevaciones de las escalas F y Fp.

La escala consta de 20 reactivos que demostraron ser respondidos en dirección crítica infrecuentemente por la población psiquiátrica como por la estudiantil. Estos reactivos forman parte de diversas escalas del inventario, abarcando conflictos familiares no reconocidos, síntomas de tipo somático, ideas de desesperanza, insatisfacción y aislamiento.

León y Lucio (1998) evaluaron la efectividad y sensibilidad de las escalas de adicciones; La escala de Alcoholismo de MacAndrew Revisada, la escala de reconocimiento de la adicción y la escala de tendencia a la adicción. Su muestra estuvo conformada por 136 sujetos del sexo masculino que presentaban problemas de alcoholismo y que asisten a centros de tratamiento antialcohólico, las edades fluctuaron entre 20 y 68 años. Se obtuvieron medidas de tendencia central, frecuencias y correlaciones para evaluar la sensibilidad de las escalas de adicción, así como el coeficiente Alfa de Crombach para evaluar la consistencia interna de las escalas. Las autoras concluyen que las tres escalas de adicciones muestran sensibilidad para detectar a sujetos con problemas de adicción.

En lo que se refiere a la escala de MacAndrew, los resultados muestran que existen 2 tipos de alcohólicos caracterológicamente diferentes y pueden ser identificados por el contenido de los reactivos del MMPI-2. Las autoras sugieren que debe realizarse un análisis de contenido de los reactivos. En la Escala de Tendencia a Problemas con el Alcohol y las Drogas, los resultados muestran que es una escala que evalúa la tendencia a problemas de abuso o adicción al alcohol con una elevada consistencia interna, por lo que su funcionamiento en población mexicana se considera adecuado para

detectar a sujetos con tendencia al consumo de alcohol. En lo que se refiere a la escala de reconocimiento de problemas con el alcohol y las drogas, muestra mayor correlación con la Escala MAC su consistencia interna es limitada y las autoras recomiendan realizar un análisis adicional para determinar su confiabilidad y los factores que mide.

León y Lucio (1999) evaluaron la consistencia y la estructura interna de las escalas de adicciones incluidas en el MMPI-2: La Escala de Alcoholismo de MaAndrew Revisada (MAC-R), La Escala de Reconocimiento de las adicciones (RA), y la Escala de Predisposición a problemas con las adicciones (PPA). La muestra incluyó un grupo de 136 sujetos masculinos adultos alcohólicos que asisten a tratamiento antialcohólico y cuyas edades fluctuaban entre 20 y 68 años. El segundo grupo estuvo constituido por 860 sujetos adultos del sexo masculino que participaron voluntariamente en el estudio. Los criterios de inclusión observados en el MMPI-2 fueron: ciertos hasta 454 (80%), falsos 454 (80%), sin respuesta hasta 29 reactivos, INVER entre 5 y 13, INVAR hasta 13, F hasta 25 para la muestra de alcohólicos y hasta 11 para los voluntarios; Fp hasta 22 para la muestra de alcohólicos, y hasta 20 para los voluntarios. De la muestra original de 164 alcohólicos se excluyeron 28 por no cubrir estos requisitos. El procesamiento estadístico incluyó; distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión, la prueba t de Student, Alfa de Crombach y Análisis Factorial.

Los resultados obtenidos muestran que las 3 escalas de Adicciones tienen sensibilidad para detectar a sujetos con problemas de adicción. Se observan diferencias significativas entre los grupos de sujetos alcohólicos y los sujetos voluntarios, lo que indica que es posible identificar a sujetos que tienen problemas de alcohol con aquellos que no los tienen. También se muestra que las escalas de adicciones tienen una consistencia interna adecuada y tienen la suficiente validez cuando se evalúa a sujetos alcohólicos mexicanos.

Las autoras concluyen que el MMPI-2 es adecuado para identificar características de la personalidad en sujetos alcohólicos, que son diferentes a las características de otros sujetos que no lo son.

Como se puede observar en las investigaciones descritas anteriormente, el MMPI ha sido empleado en México y en todo el mundo por la amplia información que brinda acerca de los rasgos psicopatológicos de la persona. Mi interés al utilizar ésta prueba fueron las ventajas que tiene el incluir nuevos instrumentos de medición para poder evaluar con la seguridad de que se utiliza un instrumento con elevada confiabilidad y validez, además de haber sido normativizado en población mexicana.

CAPÍTULO 4 MÉTODO

4.1. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El objetivo primordial de esta investigación es determinar las características de personalidad que guardan aquellos estudiantes universitarios que solicitan consulta psiquiátrica y que permanecen en tratamiento y diferenciarlos de aquellos que lo abandonan, sobre todo para poder conocer en alguna medida los rasgos de personalidad que propician una mayor permanencia teniendo el número de consultas suficientes para tener un efecto terapéutico más duradero.

Asimismo se pretende conocer que rasgos de personalidad determinan que un joven permanezca un número de sesiones reducidas aminorando la probabilidad de un efecto terapéutico más prolongado. En investigaciones anteriores semejantes que han utilizado el MMPI original se encontró que las escalas de Depresión(D), Psicastenia (Pt), y Extroversión –Introversión podían ser útiles en la detección de adherencia o rechazo al tratamiento. Al utilizar el MMPI-2, tengo la ventaja de contar con escalas como Rechazo al Tratamiento (RTR), Ansiedad (ANS), y Fuerza del Yo (Fyo) que considero de gran importancia para los objetivos de la investigación. Asimismo, cabe señalar que al tener 43 escalas es posible ampliar más los datos obtenidos y encontrar diferencias en otras escalas. Esto me lleva al planteamiento de la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las diferencias en las escalas del MMPI-2 de pacientes estudiantes universitarios que permanecen(5-20 consultas) en tratamiento con los que lo abandonan (1-4 consultas)?

Este conocimiento nos permitirá ubicar aquellas condiciones o características que ayudan o dificultan la permanencia en psicoterapia. También nos dará a conocer los rasgos de personalidad de alumnos universitarios que asisten a un servicio psicológico.

4.2. HIPÓTESIS

Ho No existen diferencias entre los puntajes en cada una de las escalas del MMPI-2 de los sujetos que permanecen de 1 a 4 consultas con aquellos que permanecen de 5 a 20 consultas.

H1 Si existen diferencias entre los puntajes en cada una de las escalas del MMPI-2 de los sujetos que permanecen de 1 a 4 consultas con aquellos que permanecen de 5 a 20 consultas.

Ho No existen diferencias entre los puntajes de cada una de las escalas del MMPI-2 de los varones y de las mujeres.

H1 Si existen diferencias entre los puntajes de cada una de las escalas del MMPI-2 de los varones y de las mujeres.

Nota: Estas hipótesis se someterán a prueba con cada una de las escalas.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Existen diferencias en cada una de las 43 escalas del MMPI-2 entre los 2 grupos de estudio

4.3. VARIABLES.

INDEPENDIENTE: Número de consultas

El criterio de número de consultas se estableció en la asistencia regular del sujeto a sus citas a lo largo de 20 sesiones. Se conformaron 2 grupos, el primero con estudiantes que habían permanecido un máximo de 4 consultas, y el otro grupo que permaneció 5 consultas o más llegando a un máximo de 20. Este punto de corte fue establecido de acuerdo a Bellak L y Siegel H. ("Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia").

DEPENDIENTE: Las respuestas a las escalas del MMPI-2

ATRIBUTIVA: Sexo.
No. de Consultas.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Definición conceptual

Consulta.- "Parecer o dictamen que da una persona sobre una cosa"(Pequeño Larousse en color,1987). "Acción y efecto de consultar. Juicio o dictamen sobre algo. Intercambio de opiniones o consejos para la resolución de algo" (Nuevo Diccionario Enciclopédico Grijalbo 1991).

Definición operacional

Consulta.- Asistencia y análisis que hace el alumno de las dudas y problemas que padece y la intervención del psicoterapeuta para esclarecer sus conflictos.

Respuesta al MMPI-2 .- Las respuestas a cada una de las 567 preguntas del instrumento.

4.4. MUESTRA

Se utilizó un muestreo intencional por cuota. Se le llama de ésta manera porque se esperaba incluir aproximadamente entre 170 y 200 sujetos. Esta cifra se consideró adecuada para integrar los 2 grupos que se necesitaban. La muestra final quedó conformada por 163 casos.

4.5. SUJETOS

Se incluyeron alumnos universitarios, tanto hombres como mujeres que asistieron a solicitar ayuda psicológica al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de UNAM. Todos ellos habían asistido a la segunda entrevista cuando se les aplicó el instrumento. De los 163 sujetos, 106 son mujeres y 57 hombres. Las edades fluctuaron entre los 15 y los 27 años, y la mayoría de ellos eran solteros (93%).

4.6. TIPO DE ESTUDIO

Fue un estudio de campo, exposfacto y transversal. Es de campo debido a que se llevó a cabo en escenarios reales. Exposfacto porque los acontecimientos ya estaban dados y transversal porque se realizó una sola medición en un determinado momento.

4.7. ESCENARIO

Se realizó en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. En 1955 se creó el primer programa de Salud Mental para estudiantes ante el hecho de que muchos de ellos no contaban con la protección médico-psicológica. En 1973 el programa fue ampliado a todos los estudiantes de Ciudad Universitaria. De 1970 a 1976 y en 1984 se aplicó el MMPI a los estudiantes de primer ingreso a la carrera de Medicina. Una vez identificados los estudiantes que requerían ayuda médico-psicológica se les invitaba a asistir al Departamento. En la actualidad los jóvenes asisten por su propia voluntad ya que la labor del departamento es ampliamente conocida.

Desde su creación se ha avocado a contender con problemas específicos de la adolescencia y juventud como: problemas de identidad, de vocación, de rendimiento escolar, de relación con la autoridad y competencia con los demás, adicciones, etc., que con frecuencia son acompañados por ansiedad y depresión. Dentro del programa de salud mental, el psicólogo tiene la función de participar en el manejo y tratamiento de los enfermos y específicamente en la ampliación del estudio de la personalidad mediante la aplicación de diversas técnicas psicológicas. Los psicólogos también participan en la enseñanza e investigación así como también en el adiestramiento de pasantes de psicología. (De la Fuente, 1987).

En el Departamento se atienden aproximadamente 995 alumnos al año (de primera vez y subsecuentes) y se efectúan un promedio de 11,900 consultas (de psiquiatría, psicología, bioretroinformación, trabajo social y electroencefalografía).

4.8. DISEÑO

Fue un diseño cuasiexperimental de 2 muestras independientes. Es cuasiexperimental porque se manipula deliberadamente al menos una variable independiente para ver su efecto y relación en las variables dependientes. Este diseño se utiliza cuando no es posible asignar en forma aleatoria los sujetos a los grupos.

4.9. INSTRUMENTO

Se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad-2 por ser un instrumento que ofrece grandes ventajas para evaluar la personalidad. Consta de 43 escalas que proporcionan una amplia información de cómo la persona está viviendo en la actualidad sus conflictos, otra ventaja es que puede ser calificada por computadora y lo más relevante es que se cuentan con estudios de normativización, confiabilidad y validez realizados en México para población mexicana. Este trabajo se comenzó a hacer en 1994 por la Dra. Emilia Lucio G y la Dra. Isabel Reyes L.

El MMPI-2 incluye 567 reactivos, de los cuales ninguno se repite.

Consta de 6 **Escalas de Validez** que son:

- L .- (Mentira)
- F .- (Infrecuencia)
- K .- (Corrección)
- Fp .- (F posterior)
- INVAR.- (Escala de inconsistencia de las respuestas variables)
- INVER.- (Escalas de inconsistencia en las respuestas verdaderas)

Tiene 10 **Escalas Básicas**:

- Hs.- Hipocondriasis
- D.- Depresión
- Hi.- Histeria

Dp.- Desviación Psicopática
Mf.- Masculino Femenino
Pa.-Paranoia
Pt.- Psicastenia
Es.- Esquizofrenia
Ma.- Mania
Is.- Introversión –Extroversión

Contiene 15 Escalas de Contenido:

ANS.- Ansiedad
MIE.- Miedos
OBS.- Obsesividad
DEP.- Depresión
SAU.- Preocupación por la Salud
DEL.- Pensamiento delirante
ENJ.-Enojo
CIN.-Cinismo
PAS.-Prácticas antisociales
PTA.- Personalidad tipo A
BAE.- Baja Autoestima
ISO.- Incomodidad Social
FAM.- Problemas Familiares
DTR.- Dificultad en el Trabajo
RTR.- Rechazo al tratamiento.

También incluye 12 Escalas Suplementarias:

A.- Ansiedad
R.- Represión
Fyo.- Fuerza del yo
A-MAC.-Alcoholismo de MacAndrew-revisada
HR.- Hostilidad reprimida
Do.-Dominancia
Rs.-Responsabilidad Social
Dpr.- Desajuste Profesional
GM.- Género masculino
GF.- Género femenino
EPK.- Desorden de estrés Postraumático de Keane
EPS.- Desorden de estrés postraumático de Schelenger.

Para la aplicación del instrumento es necesario haber tomado un curso de aplicación de instrumentos psicológicos, tener un conocimiento sólido sobre la psicopatología para poder proporcionar un reporte confiable y apegado a los marcos de referencia de la prueba. La calificación de la prueba puede realizarse manualmente o a través de medios computarizados.

La Dra. Lucio en el manual de la prueba establece un esquema que orienta al examinador en la forma de interpretación, los pasos que deberán seguirse, así como algunas consideraciones importantes respecto a algunos casos especiales que se puedan presentar.

4.10. PROCEDIMIENTO

Se envió a las autoridades del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental el proyecto de la investigación a realizar y la solicitud de aplicación del instrumento en caso de que fuera aprobada. Después de haber sido aceptado el proyecto se inició la aplicación del MMPI-2 a todos los estudiantes universitarios que asistieron por primera vez a consulta al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

Se les explicó a todos los psicoterapeutas en una sesión específica para ello, el objetivo de la investigación, la forma en que participarían y que los resultados de la evaluación individual a través de las escalas clínicas se les incluirían en el expediente en los días posteriores a la contestación de la prueba. Inicialmente se pensó en reportar las 43 escalas del instrumento pero como la calificación se hizo manual, solo pudieron integrarse los datos aportados por las escalas básicas.

Aunque se tenían previstos un número de 170 a 200 aplicaciones, finalmente se aplicaron 264, de los cuales fueron calificados 258 y se excluyeron 67 casos por carecer de número de consultas, situación que se debió al cierre de las instalaciones universitarias y a la suspensión de la atención psicoterapéutica a los alumnos. De tal manera que quedaron 191 sujetos, de los cuales 28 casos *no cubren los requisitos de validez y fueron eliminados.*

Debido a que los alumnos universitarios que acuden a solicitar consulta están atravesando por un momento crítico importante, los criterios de validez de la prueba se cambiaron por considerarla una muestra clínica. Los criterios de validez utilizados fueron:

F= hasta 23

Fp= En hombres hasta 16; en mujeres hasta 15

INVAR= Hasta 13

INVER= Entre 5 y 13

¿= No mayor a 30

Depurada la muestra, se procedió a realizar el análisis estadístico para comparar los grupos por número de consultas y por sexo utilizando una t de student, y un ANOVA de una sola vía ya que los grupos estaban conformados. A continuación se presentan los resultados de las 43 escalas.

CAPITULO 5 RESULTADOS

Como ya se había referido, el número de casos fue de 163, de los cuales 106 son mujeres y 57 hombres. Como primer análisis se procedió a realizar una comparación utilizando el criterio del número de consultas, para tal fin, se utilizó el estadístico t de student, obteniéndose que 2 escalas clínicas, 2 escalas de contenido y una escala suplementaria presentan diferencias significativas, los resultados se detallan en las tablas 1,2 y 3.

**Tabla 1
COMPARACIÓN POR NÚMERO DE CONSULTAS
ESCALAS CLINICAS**

ESCALA	No. CONSUL	MEDIAS	D. ESTANDAR	T	P<
L	1-4	41.67	8.17	-.767	.444
	5-20	42.68	8.18		
F	1-4	61.03	13.37	-1.235	.219
	5-20	63.71	13.81		
K	1-4	44.76	9.59	.530	.597
	5-20	43.92	10.15		
HS	1-4	55.70	11.75	-1.760	.080
	5-20	59.23	13.61		
D	1-4	66.40	13.78	-2.321	.022*
	5-20	71.57	14.15		
HI	1-4	57.89	11.69	-3.004	.003*
	5-20	63.65	12.41		
DP	1-4	63.12	12.53	-1.014	.312
	5-20	65.11	11.78		
MF	1-4	48.77	11.35	.115	.909
	5-20	48.55	11.81		

PA	1-4	58.95	10.24	-.619	.537
	5-20	60.05	12.24		
PT	1-4	65.91	13.17	-1.011	.314
	5-20	68.03	13.07		
ES	1-4	65.40	14.21	-1.150	.252
	5-20	67.94	13.16		
MA	1-4	51.68	9.61	-.565	.573
	5-20	52.60	10.90		
IS	1-4	59.46	12.77	-.220	.826
	5-20	59.89	11.60		

En la escala de **Depresión**, el grupo con menos consultas obtuvo una media de 66.40 y el grupo con más consultas una media de 71.57 ($t=-2.321$, $P=.022$), Esta diferencia apoya la hipótesis de investigación en lo que se refiere a la existencia de diferencias entre los puntajes en la escala de Depresión entre los sujetos que asisten de 1 a 4 consultas de aquellos que permanecen de 5 a 20 consultas. (Gráfica 1y Gráfica A).

Otra diferencia significativa se ubica en la escala **Histeria** lo que apoyaría la hipótesis de investigación que establece cambios en las demás escalas en donde los jóvenes con mayor número de consultas (5-20) obtuvieron una media de 63.65 y los alumnos con menor número de consultas obtuvieron una media de 57.89 ($t=-3.004$, $P=.003$). Con estos resultados se acepta la hipótesis de investigación que señala que existen diferencias significativas entre los puntajes de cada una de las escalas de los sujetos que permanecen de 1 a 4 consultas con aquellos que permanecen de 5 a 20 consultas.(Gráfica 1 y Gráfica A).

En lo que se refiere a las escalas de contenido se encuentran dos escalas con diferencias estadísticamente significativas como se observa en la tabla número 2.

TABLA 2
COMPARACION POR NÚMERO DE CONSULTAS
ESCALAS DE CONTENIDO

ESCALA	N. CONSULT	MEDIAS	D. ESTANDAR	t	P<
ANS	1-4	62.96	11.18	-1.641	.103
	5-20	66.11	13.14		
MIE	1-4	47.85	9.43	1.011	.313
	5-20	46.40	8.14		
OBS	1-4	59.28	11.01	-.354	.724
	5-20	59.92	12.05		
DEP	1-4	67.02	15.09	-1.821	.070
	5-20	71.60	16.63		
SAU	1-4	55.42	10.31	-2.068	.040*
	5-20	59.03	11.79		
DEL	1-4	51.81	9.94	-.438	.662
	5-20	52.52	10.67		
ENJ	1-4	59.42	10.02	-2.391	.018*
	5-20	63.65	12.45		
CIN	1-4	49.41	9.01	-.060	.952
	5-20	49.49	8.26		
PAS	1-4	50.47	9.32	-.144	.885
	5-20	50.68	8.48		
PTA	1-4	55.12	10.58	-.178	.859
	5-20	55.43	11.21		
BAE	1-4	61.87	15.21	-.168	.867
	5-20	62.28	15.36		
ISO	1-4	56.98	12.16	.303	.762
	5-20	56.38	12.41		
FAM	1-4	61.04	12.42	-.902	.368
	5-20	62.77	11.26		

DTR	1-4	66.35	14.47	-.760	.448
	5-20	68.14	15.13		
RTR	1-4	60.54	13.14	-.401	.689
	5-20	61.40	13.80		

En la escala de **preocupación por la salud**, los que tienen un menor número de consultas (1-4) obtuvieron una media de 55.42 y los que tienen mayor número de consultas (5-20) alcanzaron una media de 59.03 ($t=-2.068$, $P= 0.040$) lo que indica que puede aceptarse la hipótesis de investigación que señala diferencias entre los puntajes de los sujetos que permanecen de 1 a 4 consultas de aquellos que permanecen de 5 a 20 consultas. (Gráfica 2 y Gráfica B).

En la escala de **Enojo**, los jóvenes que tienen menor número de consultas alcanzan una media de 59.42, y los que tienen mayor número de consultas obtuvieron una media de 63.63 ($t= -2.391$, $P=0.018$) lo que indica que se acepta la hipótesis de investigación que sustenta la diferencia entre las escalas del MMPI-2 de los sujetos que permanecen de 1 a 4 consultas de los que permanecen de 5 a 20 consultas. (Gráfica 2 y Gráfica B).

En lo que se refiere a las escalas suplementarias, solo una escala es estadísticamente significativa como lo muestra la siguiente tabla.

TABLA 3
COMPARACION POR NÚMERO DE CONSULTAS
ESCALAS SUPLEMENTARIAS

ESCALA	N.CONSUPT	MEDIAS	D.ESTANDAR	t	P<
A	1-4	63.73	12.73	-.241	.810
	5-20	64.23	13.03		
R	1-4	49.70	10.43	-1.535	.127
	5-20	52.12	8.91		

FYO	1-4	42.58	10.75	1.976	.050*
	5-20	39.20	10.62		
AMC	1-4	46.91	8.50	1.344	.181
	5-20	44.95	9.92		
HR	1-4	40.62	9.53	-.171	.865
	5-20	40.88	8.99		
DO	1-4	43.50	11.36	-1.332	.185
	5-20	45.78	9.67		
RS	1-4	47.59	9.42	-1.222	.224
	5-20	49.37	8.58		
DPR	1-4	67.39	13.45	-1.831	.069
	5-20	71.40	14.07		
GM	1-4	44.12	12.00	.278	.781
	5-20	43.62	10.40		
GF	1-4	50.27	10.72	1.579	.116
	5-20	47.51	11.23		
EPK	1-4	65.57	13.99	-1.845	.067
	5-20	69.78	14.69		
EPS	1-4	66.04	13.72	-1.796	.074
	5-20	69.97	13.60		
Fp	1-4	58.97	15.73	-.815	.416
	5-20	61.06	16.53		

En la escala **Fuerza del Yo** los jóvenes que tienen un menor número de consultas (1-4) obtuvieron una media de 42.58 y los que tienen una mayor número de consultas alcanzan una media de 39.20 ($t=1.976$, $P=.050$) lo que indica que se acepta la hipótesis de investigación que afirma la diferencia en los puntajes de los sujetos que permanecen de 1 a 4 consultas con aquellos que permanecen de 5 a 20 consultas. (Gráfica 3 y Gráfica C).

En la comparación por sexo en la tabla 4 se aprecia lo siguiente:

TABLA 4
COMPARACION POR SEXO
ESCALAS CLINICAS

ESCALA	SEXO	MEDIA	D. STANDAR	t	P <
L	F	43.05	8.09	2.097	.038*
	M	40.26	8.07		
F	F	61.97	13.96	-.162	.872
	M	62.33	12.93		
K	F	44.87	9.68	.789	.431
	M	43.60	10.04		
Hs	F	60.05	12.19	4.266	.000*
	M	51.65	11.60		
D	F	69.68	13.55	1.509	.133
	M	66.19	14.98		
Hi	F	61.91	11.74	2.480	.014*
	M	56.98	12.71		
Dp	F	63.98	12.47	.095	.924
	M	62.79	11.90		
Mf	F	44.41	8.84	-7.492	.000*
	M	56.63	11.71		
Pa	F	60.08	11.03	1.100	.273
	M	58.09	11.09		
Pt	F	67.04	12.84	.374	.709
	M	66.23	13.75		
Es	F	66.91	14.44	.622	.535
	M	66.49	12.66		
Ma	F	51.77	9.92	-.473	.637
	M	52.56	10.55		
Is	F	59.24	11.57	-.560	.576
	M	60.37	13.59		

En esta tabla se muestran las medias, las desviaciones estándar y la significación obtenida en la comparación por sexo. La primera escala en la que se encuentran valores significativos es la escala L, los hombres alcanzaron una media de 40.26 y las mujeres una media de 43.05 ($t=2.097$, $P=0.038$) lo cual indica que existe una diferencia significativa en los puntajes de las escalas de los varones y de las mujeres como lo afirma la hipótesis de investigación. (Gráfica 4 y Gráfica D).

En la Escala **Hs** los hombres obtuvieron una media de 51.65 y las mujeres una media de 60.05 ($t= 4.266$; $P= .000$) que indica una diferencia muy significativa y nos permite aceptar la hipótesis de investigación que afirma diferencias en las escalas de los varones y de las mujeres. (Gráfica 4 y Gráfica D).

En la Escala **Hi**, los hombres obtuvieron una media de 56.98 y las mujeres una media de 61.91, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa ($t=2.480$, $P=.014$), lo que indica que se acepta la hipótesis de investigación que señala diferencias en las escalas de los varones y de las mujeres. (Gráfica 4 y Gráfica D).

Otra Escala en la que se encontraron diferencias importantes es la **Mf**. El sexo masculino, obtuvo una media de 56.63 y el sexo femenino de 44.41 ($t=-7.492$, $P=0.000$) lo que indica una diferencia muy significativa y por tanto se acepta la hipótesis de investigación que señala diferencias en las escalas de los varones y de las mujeres. (Gráfica 4 y Gráfica D).

En todas las demás escalas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por lo que se acepta la hipótesis nula que señala que no existen diferencias significativas en los puntajes de las escalas de los varones y de las mujeres. (Gráfica 4).

En lo que se refiere a las escalas de contenido solo se encuentra una escala con diferencia significativa como ya se había mencionado y se aprecian los resultados en la tabla 5.

**TABLA 5
COMPARACIÓN POR SEXO
ESCALAS DE CONTENIDO**

ESCALA	SEXO	MEDIA	D. ESTANDAR	t	P <
ANS	F	65.06	12.16	1.217	.225
	M	62.65	11.81		
MIE	F	47.44	8.75	.337	.737
	M	46.95	9.36		

OBS	F	59.52	11.92	.279	.781
	M	59.19	10.48		
DEP	F	69.50	16.33	.717	.474
	M	67.63	14.94		
SAU	F	58.65	11.20	2.892	.004*
	M	53.53	9.96		
DEL	F	52.13	10.96	.068	.946
	M	52.02	8.75		
ENJ	F	61.54	11.88	.672	.503
	M	60.30	9.89		
CIN	F	49.15	8.32	-.581	.562
	M	49.98	9.40		
PAS	F	49.89	8.39	-1.295	.197
	M	51.70	9.90		
PTA	F	54.69	10.69	-.897	.371
	M	56.28	11.02		
BAE	F	63.03	15.44	1.142	.255
	M	60.18	14.77		
ISO	F	56.37	12.25	-.532	.595
	M	57.44	12.25		
FAM	F	61.42	11.75	-.443	.658
	M	62.30	12.44		
DTR	F	66.97	15.13	-.106	.916
	M	67.23	14.06		
RTR	F	61.06	13.65	.225	.822
	M	60.56	12.97		

Como puede apreciarse en la escala de **Preocupación por la Salud**, las mujeres obtuvieron una media de 58.65 y los hombres una media de 53.53 ($t= 2.892$, $P=.004$) lo que indica una diferencia estadísticamente significativa e implica que se acepta la hipótesis de

trabajo que señala diferencias en los puntajes de las escalas de los varones y de las mujeres. (Gráfica V y Gráfica E).

En las escalas suplementarias se obtuvo una escala con diferencia estadísticamente significativa como puede observarse en la tabla 6.

TABLA 6
COMPARACIÓN POR SEXO
ESCALAS SUPLEMENTARIAS

ESCALA	SEXO	MEDIAS	D. ESTANDAR	t	P<
A	F	63.92	12.80	-.024	.981
	M	63.96	12.95		
R	F	51.55	9.91	1.552	.123
	M	49.04	9.74		
FYO	F	41.44	11.64	.338	.736
	M	40.84	9.09		
AMC	F	45.96	8.79	-.317	.751
	M	46.44	9.76		
HR	F	42.06	9.52	2.538	.012*
	M	38.25	8.39		
DO	F	44.72	10.22	.495	.622
	M	43.84	11.73		
RS	F	48.81	8.79	.976	.331
	M	47.35	9.69		
DPR	F	69.26	13.59	.248	.728
	M	68.47	14.30		
GM	F	43.17	11.15	-1.151	.251
	M	45.32	11.71		
GF	F	49.30	10.81	.216	.830
	M	48.91	11.36		

EPK	F	67.38	14.75	.152	.879
	M	67.02	13.79		
EPS	F	67.73	13.77	.150	.881
	M	67.39	13.89		
FB	F	59.82	16.34	.018	.985
	M	59.77	15.59		

En los puntajes de la escala de **hostilidad reprimida**, las mujeres obtienen una media de 42.06 y los hombres de 38.25 ($t=2.538$, $P=.012$), indicando que se acepta la hipótesis de investigación que señala diferencias en los puntajes de las escalas de los varones y de las mujeres. (Gráfica 6 y Gráfica F).

En las escalas restantes no se presentan diferencias significativas y las puntuaciones más elevadas para ambos grupos se ubican en las escalas Dpr, A, EPK y EPS, por lo que se acepta la hipótesis nula que señala que no existen diferencias en los puntajes de las escalas de los varones y de las mujeres. (Gráfica 6).

Finalmente, se procedió a hacer la comparación del número de consultas tomando en consideración el sexo y se obtuvieron los resultados que se muestran en las tablas 7, 8 y 9 mediante una ANOVA de una sola variable ya que los grupos estaban identificados por número de consultas y por sexo.

TABLA 7
COMPARACIÓN POR SEXO Y NUMERO DE CONSULTAS
ESCALAS CLINICAS

ESCALA	SEXO/ CONSUL	MEDIA	DESV. ESTAND	F	P<
L	F 1-4	42.35	7.96	1.869	.137
	F 5-20	43.96	8.24		
	M 1-4	40.61	8.48		
	M 5-20	39.58	7.34		

F	F 1-4	60.38	13.94	.652	.583
	F 5-20	64.04	13.87		
	M 1-4	62.05	12.54		
	M 5-20	62.89	14.02		
K	F 1-4	45.18	9.02	.344	.794
	F 5-20	44.46	10.56		
	M 1-4	44.08	10.51		
	F 5-20	42.63	9.23		
HS	F 1-4	58.08	12.74	7.409	.000*
	F 5-20	62.61	11.05		
	M 1-4	51.95	8.94		
	M 5-20	51.05	15.93		
D	F 1-4	67.02	13.99	2.580	.056
	F 5-20	73.15	12.23		
	M 1-4	65.42	13.58		
	M 5-20	67.74	17.77		
HI	F 1-4	58.65	12.01	5.710	.001*
	F 5-20	66.15	9.99		
	M 1-4	56.68	11.23		
	M 5-20	57.58	15.60		
Dp	F 1-4	62.48	12.90	.719	.542
	F 5-20	65.93	11.74		
	M 1-4	64.13	12.02		
	M 5-20	63.11	11.95		
MF	F 1-4	44.43	8.66	19.022	.000*
	F 5-20	44.37	9.18		
	M 1-4	55.61	11.83		
	M 5-20	58.68	11.51		
PA	F 1-4	58.97	10.37	1.092	.354
	F 5-20	61.54	11.79		
	M 1-4	58.92	10.18		
	M 5-20	56.42	12.85		
PT	F 1-4	65.35	12.48	.876	.455

	F 5-20	69.24	13.11		
	M 1-4	66.79	14.33		
	M 5-20	65.11	12.83		
ES	F 1-4	65.37	15.03	.697	.555
	F 5-20	68.91	13.53		
	M 1-4	65.45	13.02		
	M 5-20	65.58	12.25		
MA	F 1-4	51.15	9.87	.247	.863
	F 5-20	52.59	10.02		
	M 1-4	52.53	9.23		
	M 5-20	52.63	13.09		
IS	F 1-4	59.32	12.43	.222	.881
	F 5-20	59.13	10.48		
	M 1-4	59.68	13.47		
	M 5-20	61.74	14.10		

Como se puede apreciar en esta tabla 7, 3 escalas tienen una diferencia estadísticamente significativa. La primera de ellas es la escala **Hipocondriasis** en donde puede observarse que las mujeres que permanecen un mayor número de consultas (5-20) obtienen una media con el mayor puntaje en los 4 grupos (62.61), ($F=7.409$, $P=.000$). Este resultado permite aceptar la hipótesis de investigación que señala diferencias significativas en los puntajes de las escalas en los sujetos que permanecen de 1 a 4 consultas de aquellos que permanecen de 5 a 20 consultas. (Gráfica 7 y Gráfica G).

En la escala **Histeria**, las mujeres vuelven a presentar la media más alta (66.15) en comparación con los otros grupos, ($F=5.710$, $P=.001$) lo que indica una diferencia significativa y permite aceptar la hipótesis de investigación que señala diferencias en los puntajes de las escalas en los sujetos que permanecen de 1 a 4 consultas de aquellos que permanecen de 5 a 20 consultas. (Gráfica 7 y Gráfica H).

Otra escala que tiene una diferencia estadísticamente significativa es la **Masculino-Femenino** ($F=19.022$, $P=.000$) lo que denota que existe diferencia entre el grupo de los hombres y el de las

mujeres y no teniendo relevancia el número de consultas para entender ésta diferencia. Por tanto se acepta la hipótesis de investigación que afirma diferencias significativas en los puntajes de las escalas de los varones y de las mujeres. (Gráfica 7 y Gráfica I)

Cabe señalar que aunque la escala 2 no tiene una diferencia estadísticamente significativa ($f= 2.580$, $P = .056$) en la gráfica que muestran los 4 grupos (Gráfica 7) cualitativamente si se aprecia una diferencia.

Ninguna de las otras escalas clínicas presentaron diferencias significativas, aunque haciendo un análisis cualitativo se observa que al comparar las medias de los 4 grupos en la tabla, se encuentra que las mujeres con mayor número de consultas (5-20) son las que alcanzan las puntuaciones más elevadas en las escalas: F, Hs, D, Hi, Dp, Pa, Pt y Es. Esto indica que de 13 escalas, 8 presentan puntuaciones que implican la aceptación de rasgos psicológicos más pronunciados, que están viviendo con mayor intensidad sus conflictos y que esta vivencia tal vez condicione una estancia más prolongada en el tratamiento.

En lo que se refiere a las escalas de contenido, solo una escala alcanzó una diferencia estadísticamente significativa como se aprecia en la siguiente tabla:

TABLA 8
COMPARACIÓN POR SEXO Y NÚMERO DE CONSULTAS
ESCALAS DE CONTENIDO

ESCALA	SEXO/ CONSUL	MEDIA	DESV. ESTAND	F	P<
ANS	F 1-4	63.22	11.48	1.585	.195
	F 5-20	67.46	12.73		
	M 1-4	62.55	10.83		
	M 5-20	62.84	13.88		
MIE	F 1-4	48.78	9.23	1.237	.298
	F 5-20	45.70	7.85		
	M 1-4	46.37	9.69		
	M 5-20	48.11	8.79		
OBS	F 1-4	59.45	11.36	.061	.980
	F 5-20	60.07	12.73		
	M 1-4	59.00	10.57		
	M 5-20	59.58	10.56		

DEP	F 1-4	67.03	15.86	1.360	.257
	F 5-20	72.72	16.54		
	M 1-4	67.00	14.00		
	M 5-20	68.89	16.99		
SAU	F 1-4	57.22	11.51	3.929	.010*
	F 5-20	60.52	10.62		
	M 1-4	52.58	7.33		
	M 5-20	55.42	13.88		
DEL	F 1-4	52.03	11.03	.122	.947
	F 5-20	52.26	10.99		
	M 1-4	51.45	8.06		
	M 5-20	53.16	10.12		
ENJ	F 1-4	59.13	10.04	2.386	.071
	F 5-20	64.67	13.40		
	M 1-4	59.87	10.11		
	M 5-20	61.16	9.65		
CIN	F 1-4	49.10	7.81	.117	.950
	F 5-20	49.22	9.03		
	M 1-4	49.89	10.73		
	M 5-20	50.16	6.17		
PAS	F 1-4	49.60	7.98	.600	.616
	F 5-20	50.26	8.98		
	M 1-4	51.84	11.09		
	M 5-20	51.68	7.24		
PTA	F 1-4	54.60	10.13	.304	.823
	F 5-20	54.80	11.49		
	M 1-4	55.95	11.33		
	M 5-20	56.95	10.64		
BAE	F 1-4	63.97	14.96	1.042	.376
	F 5-20	61.80	16.12		
	M 1-4	58.55	15.20		
	M 5-20	63.42	13.68		
ISO	F 1-4	56.97	12.47	.251	.861
	F 5-20	55.59	12.05		
	M 1-4	57.00	11.81		
	M 5-20	58.32	13.37		
FAM	F 1-4	60.20	11.82	.545	.652
	F 5-20	63.02	11.59		
	M 1-4	62.37	13.36		
	M 5-20	62.16	10.68		
DTR	F 1-4	66.62	14.49	.326	.807
	F 5-20	67.43	16.07		
	M 1-4	65.92	14.63		
	M 5-20	69.84	12.82		
RTR	F 1-4	61.05	13.00	.159	.924
	F 5-20	61.07	14.59		
	M 1-4	59.74	13.51		
	M 5-20	62.21	12.01		

La escala de **Preocupación por la Salud** presenta una diferencia altamente significativa tanto por el número de consultas como por la diferencia de sexo, esta diferencia ya se había señalado en las dos comparaciones previas. Por tanto se acepta la hipótesis de investigación que señala diferencias en los puntajes de las escalas de los sujetos que permanecen de 1 a 4 consultas de aquellos que permanecen de 5 a 20 consultas y también en la hipótesis que sostiene que existen diferencias significativas en los puntajes de los varones y de las mujeres. (Gráfica 8, Gráfica B y E).

En el análisis cualitativo, al observar la tabla que incluye las 15 escalas de Contenido, los sujetos que obtuvieron las medias más altas en 12 escalas se encuentran entre los que permanecen un mayor número de consultas (5-20), 6 de ellas se ubican en el género masculino y las otras 6 en el género femenino. En los hombres las escalas que obtuvieron las medias más altas son: DEL (Pensamiento delirante), CIN (Cinismo), PTA (Personalidad tipo A), ISO (Incomodidad social), DTR (Dificultad en el trabajo) y RTR (Rechazo al tratamiento). En las mujeres son: ANS (Ansiedad), OBS (Obsesividad), DEP (Depresión), SAU (Preocupación por la salud), ENJ (Enojo) y FAM (Problemas familiares).

Todo esto parecería indicar que a través de las escalas de contenido podríamos ubicar a aquellos alumnos que tienen una mayor probabilidad de permanecer más tiempo en psicoterapia observando la elevación alcanzada en éstas escalas.

En lo que se refiere a las escalas suplementarias, no se encontró ninguna diferencia significativa comparando los grupos por sexo y número de consultas por lo que se acepta la hipótesis nula que afirma que no existen diferencias en los puntajes de las escalas comparándolas por número de consultas y por sexo. Estos resultados pueden observarse en la siguiente tabla:

TABLA 9
COMPARACIÓN POR SEXO Y NÚMERO DE CONSULTAS
ESCALAS SUPLEMENTARIAS

ESCALA	SEXO/ CONSUL	MEDIA	DES. ESTAND	F	P<
A	F 1-4	63.92	12.81	.061	.980
	F 5-20	63.91	12.93		
	M 1-4	63.45	12.76		
	M 5-20	65.00	13.61		
R	F 1-4	50.60	10.41	1.446	.231
	F 5-20	52.78	9.19		
	M 1-4	48.29	10.45		
	M 5-20	50.53	8.21		
FYO	F 1-4	43.13	11.92	1.425	.238
	F 5-20	39.24	11.01		
	M 1-4	41.71	8.67		
	M 5-20	39.11	9.90		
AMC	F 1-4	46.52	8.03	.742	.529
	F 5-20	45.24	9.73		
	M 1-4	47.53	9.28		
	M 5-20	44.26	10.59		
HR	F 1-4	42.27	9.42	2.168	.094
	F 5-20	41.78	9.74		
	M 1-4	38.03	9.24		
	M 5-20	38.68	6.58		
DO	F 1-4	43.40	10.45	.782	.505
	F 5-20	46.43	9.76		
	M 1-4	43.66	12.81		
	M 5-20	44.21	9.50		
RS	F 1-4	48.45	8.58	.958	.414
	F 5-20	49.28	9.13		
	M 1-4	46.24	10.59		
	M 5-20	49.58	7.32		
DPR	F 1-4	67.38	13.62	1.132	.338
	F 5-20	71.72	13.28		
	M 1-4	67.39	13.36		
	M 5-20	70.63	16.17		
GM	F 1-4	42.78	12.26	.741	.529
	F 5-20	43.67	9.61		
	M 1-4	46.24	11.41		
	M 5-20	43.47	12.41		
GF	F 1-4	51.55	9.50	2.139	.097
	F 5-20	46.37	11.78		
	M 1-4	48.24	12.26		
	M 5-20	50.26	9.47		

EPK	F 1-4	64.80	14.20	1.512	.213
	F 5-20	70.74	14.92		
	M 1-4	66.79	13.75		
	M 5-20	67.47	14.24		
EPS	F 1-4	65.60	13.72	1.195	.313
	F 5-20	70.50	13.48		
	M 1-4	66.74	13.89		
	M 5-20	68.68	14.19		
Fp	F 1-4	58.57	15.63	.282	.838
	F 5-20	61.46	17.26		
	M 1-4	59.61	16.07		
	M 5-20	60.11	15.02		

En estas escalas tampoco se encontró una interacción entre sexo y número de consultas en ninguna de las escalas. (Gráfica 9).

Desde un análisis cualitativo se observa que las mujeres con mayor número de consultas (5-20) obtienen las medias más elevadas en 5 escalas que son: R (Represión), Do (Dominancia), Dpr (Desajuste profesional), EPK (Desorden de estrés postraumático de Keane), y EPS (Desorden de estrés postraumático de Schelenger). (Gráfica 9)

Para poder concentrar las diferencias significativas encontradas se presentan las escalas que las obtuvieron:

TABLA 10

<i>Por número de consultas</i>					
Escalas clínicas	D	1-4	66.40	.022	
		5-20	71.57		
	Hi	1-4	57.89	.003	
		5-20	63.65		
Escalas de contenido	SAU	1-4	55.42	.040	
		5-20	59.03		
	ENJ	1-4	59.42	.018	
Escalas suplementarias	Fyo	1-4	42.58	.050	
		5-20	39.20		
<i>Por sexo</i>					
Escalas clínicas	L	F	43.05	.038	
		M	40.26		
	Hs	F	60.05	.000	
		M	51.65		
	Hi	F	61.91	.014	
		M	56.98		
Mf	F	44.41	.000		
	M	56.63			
Escalas de contenido	SAU	F	58.65	.004	
		M	33.53		
Escalas suplementarias	HR	F	42.06	.012	
		M	38.25		
<i>Por sexo y número de consultas</i>					
Escalas clínicas	Hs	F	1-4	58.08	.000
		F	5-20	62.61	
		M	1-4	51.95	
		M	5-20	51.05	
	Hi	F	1-4	58.65	.001
		F	5-20	66.15	
		M	1-4	56.68	
		M	5-20	57.58	
	Mf	F	1-4	44.43	.000
		F	5-20	44.47	
		M	1-4	55.61	
		M	5-20	58.68	

CAPITULO 6 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El análisis que se realiza a continuación se deriva de los resultados encontrados señalando las investigaciones realizadas con anterioridad y las aportaciones que el marco teórico puede ofrecer en el entendimiento de estos hallazgos.

Dentro de las escalas clínicas se encontró que en la *Depresión*, los jóvenes que *permanecen más tiempo en consulta* se describen con mayor inseguridad, muestran sentimientos de minusvalía, tristeza, abatimiento y pesimismo hacia las actividades que realizan (gráfica numero 1). En este sentido, Luborsky (1971) en su estudio, considera como elemento principal dentro de los factores del tratamiento que los factores propios del paciente son los que adquieren una mayor relevancia en el pronóstico de éxito en psicoterapia. Factores como la motivación, inteligencia, ansiedad, etc, son los que determinan en gran medida la permanencia del sujeto en tratamiento.

Este autor también enfatiza que el número de sesiones es una variable a considerar. En nuestros estudiantes, permanecen más número de sesiones en tratamiento porque los síntomas asociados a la depresión se sostienen más tiempo, ésta diferencia entre los que permanecen más número de sesiones y de los que se ausentan, nos lleva a pensar que a mayor inseguridad, pesimismo y tristeza, los estudiantes se adhieren con mayor intensidad a la psicoterapia, en cambio los que no se sienten tan abatidos, dejan de asistir cuando su seguridad y autoestima mejora.

Esta característica puede estar relacionada con la expectativa y el conocimiento que el estudiante tiene de la psicoterapia, en este sentido Sethna y Harrington (1971) consideraron que los pacientes que tenían un mayor entendimiento del proceso psicoterapéutico fueron los que más mejoraron, consideraron que la adecuación del paciente para la terapia es más importante en el progreso del tratamiento que la elección de un tipo de terapeuta o del tipo de terapia. (Citado en la página 41) .En esta investigación, aún cuando no se estudió el tipo de terapia o de terapeutas, podría considerarse que los jóvenes que permanecen más tiempo en consulta tienen una

mayor sensibilización hacia el tratamiento y que esto propicie su permanencia. H.O Badura, también considera como factor predominante una motivación consciente para el tratamiento como influencia importante en el éxito terapéutico. (Citado en la página 41). M.P. Koss, en su estudio (1980) refiere que la escala 2 y la 0 es un factor pronóstico significativo del número de sesiones como lo indicó su estudio que investigaba las características que pronostican la permanencia a largo plazo en la práctica psicoterapéutica privada. (Citado en la página 48).

O. Rivera y L. Rodríguez (1982) encontraron que con la escala 2 del MMPI era posible pronosticar el número de sesiones con una confiabilidad del 75 %, a mayor puntaje en la escala tenía más probabilidad de solicitar consulta en cualquier momento y también fueron significativamente más propensos a solicitar consulta durante su primer año en la universidad.(Citado en la página 50).

Butcher y Graham señalan en su estudio con estudiantes universitarios que solicitan apoyo psicológico, que la elevación de las escalas 2 y 7 además de depresión y ansiedad, sugieren un considerable stress emocional que pone al examinado en una alta probabilidad de enfermar y por consiguiente permanecer durante más tiempo en tratamiento. (Citado en la página 59).

Otra diferencia significativa dentro de las escalas clínicas se ubica en la escala **Histeria**, en donde los jóvenes con mayor número de consultas (5-20) se describen con mayor *necesidad de aceptación tolerancia y cariño* de los que le rodean. Pueden tener algunas manifestaciones de exhibicionismo, *desarrollan una mayor dependencia* hacia las personas por las que se sienten aceptados, también pueden sentirse abrumados por molestias físicas y consideran que sus problemas tienen una causa de origen somático. En comparación con esto, los alumnos que tienen menor número de consultas (1-4) manifiestan con menos intensidad éstas características, mostrando con ello que estos alumnos desarrollan tal vez una menor dependencia del terapeuta y puedan abandonar con mayor facilidad el tratamiento. En este sentido no hay investigaciones realizadas con anterioridad que manifiesten una diferencia parecida a la encontrada.

En lo que se refiere a las escalas de contenido se encuentran dos escalas con diferencias estadísticamente significativas: en la escala de **preocupación por la salud**, los que tienen mayor número de consultas (5-20) *muestran mucho más síntomas físicos* en relación con las diversas funciones corporales (gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas, etc) en comparación con los que tienen menor número de consultas (1-4) ya que éstos describen los mismos síntomas físicos pero con menor intensidad. Tal vez esto explique en parte que la adherencia terapéutica está muy relacionada con la preocupación por su estado de salud y la búsqueda de una mejoría para sus síntomas.

En la escala de **Enojo**, los jóvenes con mayor número de consultas se describen con *mayor dificultad para controlar su enojo*, se muestran un poco más irritables, impacientes, inconformes y obstinados. Pueden perder el control ocasionalmente y agredir físicamente a las personas. Los alumnos con menor número de consultas muestran éstas características pero más atenuadas. En este sentido en la investigación de Butcher (1994) con estudiantes universitarios que solicitan apoyo psicológico tiene relación con estos resultados ya que él encontró que una variable asociada al proceso psicoterapéutico era la hostilidad hacia el terapeuta o sobredependencia hacia él. En este sentido los estudiantes de esta investigación se describen enojados con todos los que están a su alrededor incluyendo al terapeuta; y los estudiantes de Butcher lo expresan en mayor medida y específicamente hacia el terapeuta, lo que también puede ser entendido como una situación transferencial.

Los dos grupos (de 1 a 4 y de 5 a 20 consultas) se describen con pensamientos depresivos, se sienten intranquilos, sin esperanza y experimentan un vacío interior. También experimentan dificultades para concentrarse, tienen una pobre confianza en sí mismos, se sienten tensos y presionados, dificultándose en todos ellos la toma de decisiones.

En lo que se refiere a las escalas suplementarias, en la escala **Fuerza del Yo** se observa que los dos grupos tienen dificultad para adaptarse a los conflictos que la vida cotidiana les presenta, sin embargo, las personas que permanecen más tiempo en psicoterapia (5-20) se describen mucho más inhibidas, con malestares físicos

frecuentes y con sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente. Tienen un pobre concepto de sí mismos y presentan dificultades para adaptarse a los conflictos y problemas que la vida les presenta. En comparación, los alumnos con menor número de consultas se describen con un poco más de adaptación y de recursos personales que determinan un funcionamiento un poco más eficiente en comparación con el otro grupo.

En lo que se refiere a la comparación por sexo, de las escalas clínicas, la primera escala en la que se encuentran valores significativos es la L, indicando que existe una diferencia significativa en la forma en que se describen hombres y mujeres. Los *hombres* se muestran *más rígidos y estrictos* en su autodescripción, no se sienten integrados a su grupo social ya que no se ajustan a actitudes convencionales ni a valores establecidos socialmente. Las mujeres en este sentido se muestran un poco más apegadas a estos parámetros sin embargo, también se sienten fuera de las expectativas del grupo social.

Tanto hombres como mujeres consideran que están atravesando por problemas importantes que no pueden enfrentar y resolver por sí mismos por lo que acuden a solicitar ayuda. Dentro de las investigaciones revisadas que tienen relación con estos resultados destaca la realizada por G.D Walters, G:S: Solomon y V.R. Walden (1982) quienes encontraron que la relación entre la permanencia en tratamiento y los perfiles del MMPI fué más significativa en los sujetos masculinos que en los femeninos (citado en la página 49), sin embargo en nuestro estudio se observa en general un mayor apego de las mujeres a la psicoterapia y a experimentar con más intensidad las dificultades que atraviesan.

Asimismo, A. Ampudia en 1994 encontró en una comparación por género de estudiantes universitarios diferencias significativas en las escalas L, K, Hs, D, Hi, Dp, Mf, e Is, estos resultados son similares a los encontrados en mi investigación en lo que se refiere a las escalas L,Hs, Hi y Mf, no encontrando semejanzas en la K, D, Dp e Is. Siendo en ambos casos poblaciones de estudiantes universitarios mexicanos, llama la atención que los que solicitan apoyo psicológico comparados por género no se encuentren diferencias en las escalas D e Is que implicarían características de inseguridad, autoreflexión y

que éstas características podrían determinar en mayor medida la búsqueda de ayuda psicológica.

En la Escala de *Hipocondriasis*, las mujeres experimentan con mayor intensidad y frecuencia síntomas psicosomáticos como fatiga, cansancio y molestias físicas vagas, es probable que a través de estas manifestaciones las mujeres justifiquen sus dificultades y conflictos. En cambio los hombres, no utilizan estos recursos, muestran menos preocupación por su salud física y no justifican sus fallas por estos medios.

Tanto hombres como mujeres se describen inseguros, con cierto pesimismo hacia sus propias capacidades y metas, considerando que cualquier tarea que emprendan puede llevarlos a un fracaso (escala D). Cabe señalar que no se encontró una diferencia significativa estadísticamente ($p=.133$), y al realizar un análisis cualitativo se observa una diferencia discreta, en donde las mujeres remarcan más estas características.

En la Escala de *Histeria*, las mujeres tienden a expresar una mayor necesidad de aceptación cariño y tolerancia así como una tendencia a establecer relaciones en las que desarrolla lazos de dependencia. Los hombres se muestran menos necesitados de manipular su ambiente a través de estas características y se muestran un poco más independientes y con menor demanda afectiva.

Otra Escala en la que se encontraron diferencias importantes es la *Masculino-Femenino*. Las mujeres se describen apegadas al rol socialmente asignado, se consideran frágiles, vulnerables, pasivas y sometidas en su relación con el sexo opuesto. En cambio, los hombres se describen con rasgos que no son esperados tradicionalmente para su sexo, es decir, se muestran pasivos, tolerantes, con tendencias a evitar situaciones conflictivas por lo que prefieren mostrarse caballerosos, atentos y cuidadosos en su trato con los que le rodean. Cabe señalar que estas características son propias de un grupo de universitarios que acuden a consulta psicológica ya que en general en la población universitaria éstos rasgos son contrarios a los obtenidos, es decir, las mujeres y los hombres se describen independientes, autosuficientes y decididos.

En todas las demás escalas clínicas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas aunque cabe señalar que ambos grupos muestran por igual rasgos de ansiedad, preocupación, actitudes perfeccionistas, tendencia al aislamiento y a la fantasía, así como una disminución importante en la energía necesaria para llevar a cabo sus metas.

En lo que se refiere a las escalas de contenido en la escala de **Preocupación por la Salud**, las mujeres en comparación con los hombres manifiestan más síntomas físicos en relación a las funciones corporales, se preocupan por su salud y se sienten más enfermas que la mayoría de las personas.

En las demás escalas de contenido se observa que tanto los hombres como las mujeres se describen con sentimientos de tristeza, incertidumbre en el futuro y desinterés en la vida, se preocupan frecuentemente y tienen dificultades para concentrarse y para tomar decisiones. Consideran que el apoyo familiar no es tan efectivo y se cuestionan frecuentemente acerca de su carrera y también de los que les rodean, pueden sentirse abrumados por todas las fallas que ven en sí mismos.

En las escalas suplementarias se obtuvo una escala con diferencia estadísticamente significativa que es la escala de **hostilidad reprimida**, las mujeres responden apropiadamente a la provocación, pero ocasionalmente exhiben respuestas de agresión exagerada sin provocación aparente; en cambio los hombres presentan una menor tolerancia a la frustración.

En las demás escalas no se presentan diferencias significativas y las puntuaciones más elevadas para ambos grupos se ubican en las escalas Dpr, A, EPK y EPS, lo que indicaría que se muestran poco adaptados, se consideran ineficientes, son pesimistas y angustiados, lo que en conjunto evidencia una deficiente adaptación emocional.

En lo que se refiere a la tercera comparación utilizando el criterio de número de consultas y tomando en consideración el sexo, dentro de las escalas clínicas, en la escala Hs las mujeres que permanecen un mayor número de consultas (5-20) experimentan con mayor

intensidad y frecuencia síntomas psicosomáticos como fatiga, cansancio y molestias físicas siendo probable que a través de este recurso justifiquen sus fallas como ya se había mencionado, sin embargo, en esta comparación puede observarse que el grupo que presenta en menor medida estas características, son los hombres con mayor número de consultas, lo que podría indicar que esta diferencia se encuentra determinada por el género y no por la intensidad de los síntomas que presentan, y tampoco estarían relacionados con la permanencia en el tratamiento.

En la escala de **Histeria**, las mujeres con mayor número de consultas son las que expresan una mayor necesidad de aceptación, cariño y tolerancia, así como su intención de establecer lazos de dependencia hacia aquellos por los que se sienten aceptadas. En ésta escala, podríamos decir nuevamente que el género (mujeres) y el número de consultas (5-20) se encuentran muy relacionadas con la necesidad de aceptación, afecto y cariño. Asimismo, tienden a establecer relaciones de mayor dependencia y tal vez esto pudiera explicar en parte el mayor apego que se observa en el tratamiento.

En la escala **Masculino-Femenino** como ya se había señalado anteriormente la diferencia en esta escala entre hombres y mujeres está dada por el género y no tiene ninguna relevancia el número de consultas para entender la diferencia encontrada.

Cabe señalar que la escala 2 no tiene una diferencia estadísticamente significativa ($P = .056$) sin embargo en un análisis cualitativo se aprecian diferencias. Se observa que las mujeres con mayor número de consultas se describen francamente deprimidas, dudan de sus capacidades, se sienten insatisfechas con sus logros, se preocupan demasiado por todo lo que les sucede y reaccionan con pesimismo ante el futuro, siendo este grupo el que presenta una mayor diferencia respecto a los demás.

Ninguna de las otras escalas clínicas presentaron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo apoyándome en un análisis cualitativo vale la pena observar y comparar las medias de los 4 grupos y encontrar que las mujeres con mayor número de consultas (5-20) son las que alcanzan las puntuaciones más elevadas en las escalas: F, Hs, D, Hi, Dp, Pa, Pt y Es. Esto indica que de 13

escalas, 8 presentan puntuaciones que implican la aceptación de rasgos psicológicos más pronunciados, que están viviendo con mayor intensidad sus conflictos y que esta vivencia tal vez condicione una estancia más prolongada en el tratamiento.

En lo que se refiere a las escalas de contenido, la escala de Preocupación por la Salud presenta una diferencia altamente significativa tanto por el número de consultas como por la diferencia de sexo, indicando que las mujeres se preocupan más que los hombres por su salud y también, se preocupan más por su salud los que permanecen mas tiempo en tratamiento que aquellos que solo asisten a pocas sesiones.

Al observar la tabla que incluye las 15 escalas de Contenido y realizar un análisis cualitativo se observa que los sujetos que obtuvieron las medias más altas en 12 escalas se encuentran entre los que permanecen un mayor número de consultas (5-20), 6 de ellas se ubican en el genero masculino y las otras 6 en el genero femenino. En los hombres las escalas que obtuvieron las medias más altas son: DEL(Pensamiento delirante), CIN (Cinismo), PTA(Personalidad tipo A), ISO (Incomodidad social), DTR(Dificultad en el trabajo) y RTR (Rechazo al tratamiento). En las mujeres son: ANS (Ansiedad), OBS (Obsesividad), DEP (Depresión), SAU (Preocupación por la salud), ENJ (Enojo) y FAM (Problemas familiares). Todo esto parecería indicar que a través de un análisis cualitativo, mediante las escalas de contenido podríamos ubicar a aquellos alumnos que tienen una mayor probabilidad de permanecer más tiempo en psicoterapia observando la elevación alcanzada en éstas escalas.

En lo que se refiere a las escalas suplementarias, no se encontró ninguna diferencia significativa comparando los grupos por sexo y número de consultas. En estas escalas tampoco se encontró un patrón de respuesta que llamará la atención y solo como dato curioso podríamos observar que las mujeres con mayor número de consultas (5-20) obtienen las medias más elevadas en 5 escalas que son: R (Represión), Do (Dominancia), Dpr (Desajuste profesional), EPK (Desorden de estrés postraumático de Keane), y EPS (Desorden de estrés postraumático de Schelenger).

CAPITULO 7

CONCLUSIONES

A través del análisis estadístico y cualitativo de ésta investigación puedo concluir lo siguiente:

- 1) El MMPI-2 mostró ser un instrumento que puede detectar a través de seis escalas la posibilidad de permanencia o abandono del proceso psicoterapéutico. Algunas diferencias en los grupos fueron detectadas por el género (L, Hs, Hi, Mf, SAU, HR), y otras específicamente por el número de consultas (D, Hi, SAU, ENJ, Fyo, Hs) (Ver Tabla 10).
- 2) La escala D elevada y el número de consultas presentaron una relación muy estrecha y determinante del número de sesiones que permanecen los estudiantes, aspecto que coincide con lo encontrado por otros autores. Es importante señalar que cuando se relaciona la escala D y el número de consultas, ésta escala alcanza una ,mayor significación que si se relaciona con otras variables.
- 3) Los jóvenes que permanecen un mayor número de consultas tienen una acentuada necesidad de aceptación, tolerancia, y cariño de los que le rodean, lo cual es evidente al observar los puntajes alcanzados en la escala Hi; siendo las mujeres las que en mayor medida demandan ser atendidas y aceptadas.
- 4) Dentro de las escalas de contenido, los alumnos con mayor número de consultas muestran mucho más síntomas físicos que evidencian preocupación por su salud y de ellos, resaltan las mujeres con un mayor número de quejas.
- 5) Los jóvenes que permanecen más tiempo en tratamiento tienen una mayor dificultad para controlar su enojo mostrándose irritables, impacientes y obstinados. Cabe señalar, que ésta escala es significativa si se le relaciona con el número de consultas y pierde significación cuando se contrasta con el género o cuando se interrelacionan el género con el número de consultas, lo que evidencia que el enojo se asocia directamente con el número de consultas.

- 6) Todos los alumnos que solicitaron consulta se describen con un pobre concepto de sí mismos, con dificultades para adaptarse a los conflictos y problemas que la vida diaria les presenta, se muestran inhibidos con malestares físicos frecuentes y con sentimientos de incapacidad para manejar la presión cotidiana
- 7) En la comparación por sexo se encontró que los hombres son más estrictos en su autodescripción y las mujeres se apegan con más intensidad al tratamiento.
- 8) Las mujeres padecen con mayor intensidad síntomas psicossomáticos ya través de éstas manifestaciones justifican sus dificultades y conflictos. Los hombres no utilizan éstos recursos.
- 9) Las mujeres solicitan de lo que le rodean más aceptación, cariño y tolerancia, estableciendo lazos de mayor dependencia. Los hombres tienen mayor necesidad de manipular su ambiente y en las relaciones que establecen muestran una mayor independencia que las mujeres.
- 10) En la autodescripción de las estudiantes se les aprecia más apegadas al rol tradicional socialmente establecido, se sienten frágiles, vulnerables y pasivas. Los hombres se autodescriben con rasgos que no cubren el rol tradicional esperado, se muestran pasivos y tolerantes, tratando de rehuir situaciones conflictivas.
- 11) Los hombres de éste estudio muestran poca tolerancia a la frustración, reaccionan en forma exagerada sin provocación aparente y tal vez podría pensarse que son crónicamente agresivos. Las mujeres comparten éstas características pero en menor medida, responden un poco más apropiadamente que los hombres, pero también pueden ocasionalmente expresar agresión frente a la provocación.
- 12) Las mujeres que permanecen en un mayor número de consultas alcanzan las puntuaciones más elevadas en las escalas clínicas (Tabla 7) L, Hs, D, Hi, Dp, Pa, Pt y Es; es decir que en 8 de 13 escalas clínicas, las mujeres con un número mayor de consultas obtienen los puntajes más altos lo que pone de manifiesto que

éstas jóvenes aceptan tener rasgos psicológicos mas pronunciados, viven con mayor intensidad sus conflictos y tal vez esto condiciona una mayor permanencia en el tratamiento.

- 13) En las escalas de contenido, 12 de las 15 escalas obtienen las puntuaciones más altas los jóvenes que tienen un mayor número de consultas. Las mujeres (5-20 cons.) obtienen el mayor puntaje en las escalas: ANS, OBS, DEP, SAU, ENJ, FAM; y los hombres (5-20 cons.) en las escalas: CIN, PTA, ISO, DTR, RTR.
- 14) Éste análisis cualitativo podría señalar que la elevación de las escalas de contenido podría asociarse a una mayor permanencia en el tratamiento.

7.1. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Debido a la interrupción de las sesiones psicoterapéuticas por el conflicto universitario se sugiere hacer una réplica de la investigación y observa si éstos resultados pueden volver a confirmarse.

Dadas las características psicológicas acentuadas que presentan los jóvenes que tienen una permanencia más prolongada, sería importante realizar un seguimiento de éstos casos y detectar en un buen momento se presenta la mejoría y si ésta se puede relacionar con el número de consultas.

También se sugiere que en una próxima investigación se evalúe la capacidad intelectual, la motivación al cambio y el grado de participación en el proceso psicoterapéutico.

Si para un proceso psicoterapéutico se requiere una conciencia de cambio, motivación para modificar su estado actual y confianza en la efectividad del psicoteapeuta y sus técnicas; será recomendable que en la primera sesión terapéutica además de la exposición de los motivos por los que llega un paciente a consulta, se indague si existe una conciencia de cambio, qué espera el alumno del proceso psicoterapéutico y el grado de confianza que éste tiene en la efectividad del tratamiento.

Como se revisó dentro del marco teórico y de las investigaciones realizadas en psicoterapia, es muy importante la adecuación del paciente a la psicoterapia, por lo que se recomienda que desde la primera sesión se le explique en qué consiste el proceso psicoterapéutico, el grado de participación activa que se requiere por parte del alumno para un cambio efectivo y por último que se explique el papel del terapeuta dentro de éste proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Ampudia, A. (1994). *El MMPI-2 y el rendimiento académico en un grupo de estudiantes universitarios*. Tesis de maestría inédita, UNAM.
- Ampudia, A., Durán, Consuelo y Lucio, Emilia. (1995). Confiabilidad de las escalas suplementarias del MMPI-2 en población mexicana. *Revista Iberoamericana Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2, 25-49.
- Ampudia, A., Monzon, L., Rivera, O. (1976). El MMPI en la detección precoz de las alteraciones mentales en poblaciones universitarias. *Revista Psiquiátrica*, 6 (2), 58-65.
- Badura, H.O. (1976). Presentation of factors about the indication and suitability for psychotherapy using path analysis. *Nervenarzt*, 47 (4).
- Barthlow, Deanne L., Graham, John R., Ben-Porath, Yossef S. y McNulty, John L. (1999). Incremental validity of the MMPI-2 content scales in an outpatient mental health setting. *Psychological Assessment*, 11 (1), 39-47.
- Ben-porath, Yossef S. y Graham, John R. (1991). Resolutions to interpretive dilemmas created by the minnesota multiphasic personality inventory 2 (MMPI-2): A reply to strasseberg. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13 (2), 173-179.
- Blake, D. David., Penk, Walter E., Mori, Deana Y., Kleespies, Phillip M., Walsh, Suellen S. y Reane, Terece M. (1992). Validity and clinical scale comparisons between the MMPI and MMPI-2 with psychiatric inpatients. *Psychological Reports*, 70, 323-332.

- Boone, Daniel. (1994). Reliability of the MMPI-2 subtle and obvious scales with psychiatric inpatients. [Trenton psychiatric hospital]. *Journal of Personality Assessment*, 62 (2), 346-351.
- Buckley, Peter., Conte, Hope R., Plutchik, Robert., Wild, Katherine V. y Karasu, Toksoz B. (1984). Psychodynamic variables as predictors of psychotherapy outcome. **American Journal of Psychiatry**, 141 (6), 742-748.
- Butcher, J. N. y Ben-porath, Y. S. (1989). The comparability of MMPI and MMPI-2 scales and profiles. *Psychological Assessment*, 1 (4) 345-347.
- Butcher, James N. y Graham, John R. (1994). *The MMPI-2: A new standard for personality assessment and research in counseling settings*.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Dahlstrom, W. G., Bowman, E. (1990). The MMPI-2 with college students. *Journal of personality Assessment*, 54 (1 y 2), 1-15.
- Butcher, J. N. y Williams, C. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. Estados Unidos de Norteamérica: University of Minnesota Pres.
- Carpenter, P. J. y Range, L. M. (1982). Predicting psychotherapy duration from therapists' sex, professional affiliation, democratic values, and community mental health ideology. *Journal of Clinical Psychology*, 38 (1).
- Colligan, Robert C. y Kenneth, P. Offord (1988). Contemporary norms for the wiggins content scales a 45 year update. [Rochester Minnesota]. *Journal of Clinical Psychology*, 44 (1), 23-32
- Davis, D. A. y Widseth, J. C. (1977). Prediction of help-seeking with the MMPI: The problem of base rates. *Journal of Clinical Psychology*, 33 (4).

- DeLain, Michael Andrew. (1990). Comparación entre MMPI y MMPI-2: Estudio de una teoría de generalización. [PH. D. Universidad de Detroit]. *Dissertation Abstracts International*, 51 (6), 3126-B.
- De la Torre, R. M. (1994). *Validez concurrente de las escalas de contenido del MMPI-2 y una entrevista clínica en población psiquiátrica*. Tesis de licenciatura inédita, Universidad del Valle de México.
- DeWitt, Kathryn N., Kaltreider, Nancy B., Weiss, Daniel S. y Horowitz, Mardi J. (1983). Judging change in psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 1121-1128.
- Durán, M. C. (1996). *Estudios psicométricos del MMPI-2 en estudiantes universitarios (validez y confiabilidad)*. Tesis de maestría inédita, UNAM.
- Edwards, Daniel W., Morrison, Thomas L. y Weissman Herbert N. (1993). The MMPI and MMPI-2 in an outpatient sample: Comparisons of code types, validity scales, and clinical scales. *Journal of Personality Assessment*, 61 (1), 1-18.
- Enke, H. y Gollner, R. (1971). Are psychotherapeutic treatment procedures determined by differential indications?: An interregional comparison of two clinics. *Zeitschrift fur Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 21 (5).
- Fenster, C. A., Wiedemann, C. F. y Blakin, J. (1976). Clues to the preferences of therapy styles. *Multivariate Experimental Clinical Research*, 2 (3).
- Ferrari, H. A. y Marticorena, A. (1971). Psicoterapia de tiempo limitado: Un estudio de deserción. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 17 (4).
- Fiorini, H. J. (1971). La primera entrevista en psicoterapia a corto plazo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 17 (4).
- Franke, A. (1977). Examination of effects in client-centered group psychotherapy. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie*, 6 (4).

- Gallegos, M. L. (1996). *Características de personalidad de un grupo de personas que padecen neurodermatitis*. Tesis de licenciatura inédita, UNAM.
- Gallo, A. I. (1971). Revisión de la historias clínicas de pacientes que abandonaron la psicoterapia de grupo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 17 (2).
- Gallucci, Nicholas T. (1986). General and specific objections to the MMPI. *Educational and Psychological Measurement*, 46, 985-988.
- Gollner, R. (1971). The dependence of measured intelligence levels on the testing method used in clinical psychotherapy. *Zeitschrift fur Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 21 (4).
- Graham, J. R. (1993). *MMPI-2, assessing personality and psychopathology* (2a. ed.). New York: Oxford University Press.
- Guerello, M. D. (1970). Abandono del tratamiento en psicoterapia infantil. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 16 (4).
- Helmes, Edward. y Reddon, John R. (1993). A perspective on developments in assessing psychopathology: A critical review of the MMPI and MMPI-2. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 453-471.
- Humphrey, Doroty H. y Dahlstrom, W. Grant. (1995). The impact of changing from the MMPI to the MMPI-2 on profile configurations. *Journal of Personality Assessment*, 64 (3), 428-439.
- Kelner, F. A. (1982). An evaluation of jochim's PT scale in the prediction of premature termination from outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 38 (1).
- Klinefelter, D., Pancoast, D. L., Archer, R. P. y Pruitt, D. L. (1990). Recent adolescent MMPI norms: T-score elevation comparisons to Marcks and Briggs. *Journal of Personality Assessment*, 54 (1-2), 379-389.
- Koss, M. P. (1979). Length of psychotherapy for clients seen in private practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (1).

- Koss, M. P. (1980). A multivariate analysis of long term stay in private practice psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 36 (4).
- Larraguével, G., Monzon, L. y Oyervides, S. (1996). *Desarrollo de la escala "F psicopatológica" del MMPI-2 para población mexicana*. Tesis de licenciatura, UNAM.
- Lerner, M. (1974). *Introducción a la psicoterapia de Rogers*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Levitt, Eugene E. A. (1990). A structural analysis of the impact of MMPI-2 on MMPI-1. *Journal of Personality Assessment*, 55 (3-4), 562-577.
- Lowenstein, L. F., Meza, M. y Thorne, P. E. (1983). A study in the relationship between emotional stability, intellectual ability, academic attainment, personal contentment and vocational aspirations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (1).
- Luborsky, L. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75 (3).
- Lucia Moto de Prado, R. (1980). Effect of Psychotherapy on Exceptional Children. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 32 (3).
- Lucio, E. (1995). *Manual para la administración y calificación del MMPI-2*. México: Manuel Moderno.
- Lucio, E., Pérez y Farías, José Manuel y Ampudia, Amada. (1996). *A reliability test-retest of the MMPI-2 in a group of mexican university students*. National Autonomous University of Mexico.
- Lucio, E., Pérez y Farías, José Manuel y Ampudia, Amada. (1997). Un estudio de confiabilidad test-retest del MMPI-2 en un grupo de estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (1), 55-62.
- Lucio, E. y Reyes, I. (1994). La nueva versión del inventario multifásico de la personalidad de minnesota MMPI-2 para estudiantes

- universitarios mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 11 (1), 45-54.
- Lucio, E. y Reyes, I. (1994). MMPI-2 for Mexico: Translation and adaptation. *Journal of Personality Assessment*, 63 (1), 105-116.
- Lucio, E. y Valencia, M. R. (1997). Detección de perfiles de los sujetos simuladores y de los sujetos honestos por medio de las escalas del MMPI-2. *Salud Mental*, 20 (4).
- Manthei, R. J., Vitalo, R. L. e Ivey, A. E. (1982). The effect of client choice of therapist on therapy outcome. *Community Mental Health Journal*, 18 (3).
- Matz, Patricia A., Altepeter, Thomas S. y Perlman, Baron. (1992). *MMPI-2 Reliability with college students*. Universidad de Wisconsin - Oshkosh.
- Maxwell, J. W. y Wilkerson, J. (1982). Anxiety reduction through group instruction in rational therapy. *Journal of Psychology*, 112 (1).
- Morrison, Thomas L., Edwards Daniel W. y Weissman Herbert N. (1994). The MMPI and MMPI-2 as predictors of psychiatric diagnosis in an outpatient sample. *Journal of Personality Assessment*, 62 (1), 17-13.
- Munley, Patrick H. y Busby, Rebecca. (1994). MMPI-2 negative treatment indicators scale and irregular discharge. *Psychological Reports*, 74, 903-906.
- Munley, Patrick H. y Zarantonello, Matthew M. (1989). A comparison of MMPI profile types across standard and contemporary norms. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (2), 229-239.
- Munley, Patrick H. y Zarantonello, Matthew M. (1990). A comparison of MMPI profile types with corresponding estimated MMPI-2 profiles. *Journal of Clinical Psychology*, 46 (6).
- Oconnell, R. A., Golden, J. M. y Semonsky, C. J. (1972). Which adolescent stays in group psychotherapy?. *Adolescence*, 6 (25).

- Palacios, M. H. (1994). *Análisis de la capacidad discriminativa el MMPI-2: Comparación de perfiles de pacientes psiquiátricos y estudiantes universitarios*. Tesis de maestría inédita, UNAM.
- Pao, P. N. (1973). On defensive flight to a new object. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 2 (3).
- Pope, K. S., Simpson, N. H. y Weiner, M. F. (1978). Malpractice in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 32 (4).
- Poreh, Amir and Whitman Douglas. (1993). Perfiles con el espectro de esquizofrenia del MMPI-2 entre estudiantes universitarios esquizotípicos y estudiantes universitarios que siguieron un tratamiento psicológico. *Psychological Reports*, 73, 987-994.
- Reich, James., Steward, Margaret S., Tupin Joseph P. y Rosenblatt, Ricard M. (1985). Prediction of response to treatment in choric pain patients. *Journal Clin Psychiatry*, 46, 425-427.
- Rivera, O. y Rodríguez, L. (1981). *Pronóstico en psicoterapia a través del MMPI*. México: UNAM.
- Rogers, C. R. (1975). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Editorial Paidos.
- Rogers, C. R. (1981). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Editorial Paidos.
- Schuldberg, David. (1992). Ego-strength revised: A comparison of the MMPI-2 and MMPI-1 versions of the barron ego-strength scale. *Journal of Clinical Psychology*, 48 (4).
- Seeman, M. V. (1974). Patients who abandon psychotherapy: Why and when. *Archives of General Psychiatry*, 30 (4).
- Sethna, E. R. y Harrington, J. A. (1971). Evaluation of group psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 118 (547).

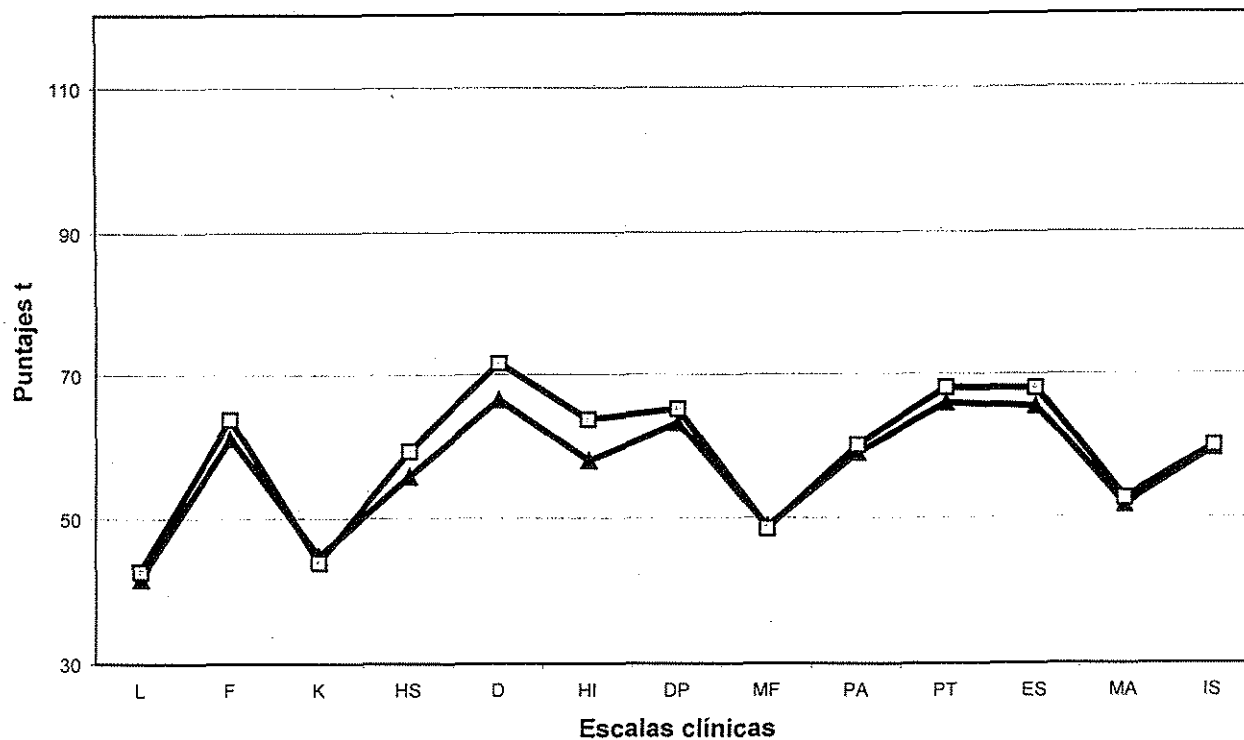
- Siegel, Saul M., Rootes, Mary D. y Traub Arthur. (1977). Symptom change and prognosis in clinic psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 34, 321-329.
- Strupp, H. H. (1974). On the basic ingredients of psychotherapy. *Psychoterapy & Psychoterapy*, 24 (4-6).
- Sullivan, H. S. (1964). *La esquizofrenia como un proceso humano*. México: Herrero Hnos.
- Sullivan, H. S. (1974). *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Psique.
- Sullivan, H. S. (1979). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Editorial Psique.
- Taboada, M. L. (1993). *Normalización del MMPI-2 en población universitaria de Nicaragua*. Tesis de maestría inédita, UNAM.
- Van Wyk, J. D. (1981). The identification of therapeutic potential. *South African Journal of Psychology*, 11 (1).
- Walters, G. D., Solomon, G. S. y Walden, V. R. (1982). Use of the MMPI in predicting psychotherapeutic persistence in groups of male and female outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 38 (1).
- Weigert, E. (1961). The nature of sympathy in the art of psychotherapy. *Psychiatry*, 24.
- Wertheimer, M. (1959). *Productive thinking*. New York: Harper & Brothers.
- Wertheimer, M. (1979). *A brief history of psychology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

ANEXOS

UNO

GRAFICA UNO

Escalas Clínicas del MMPI-2



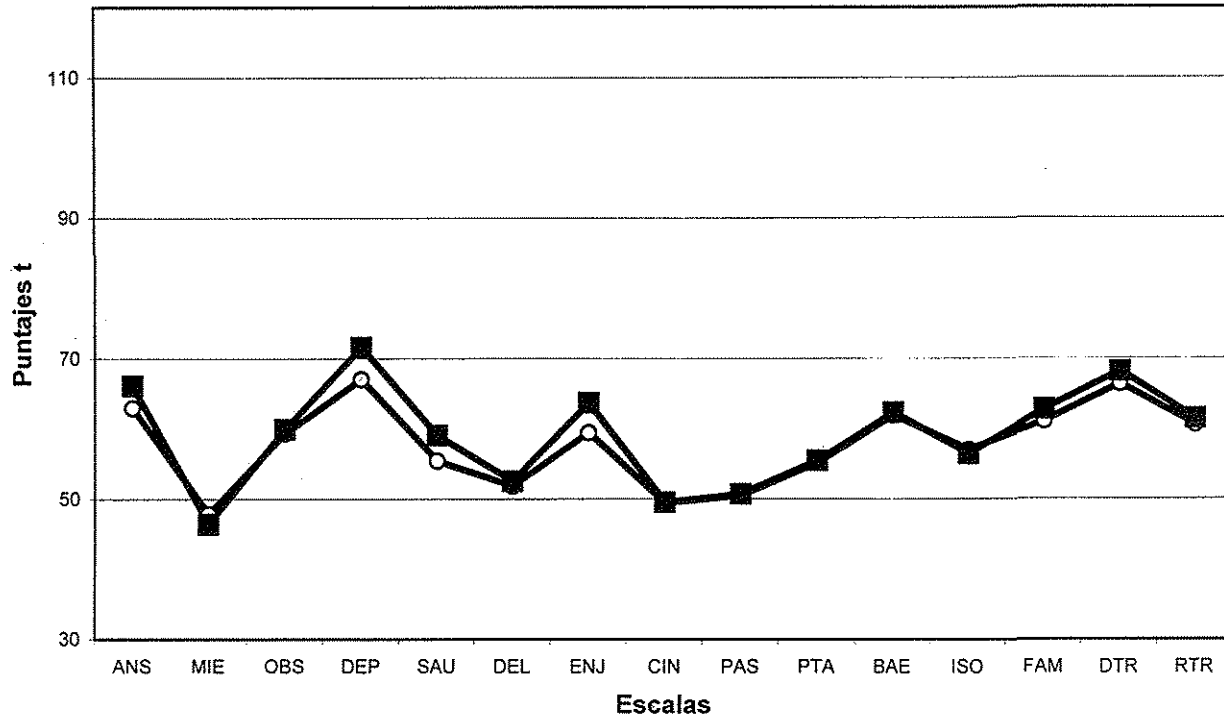
▲ 1-4 Consultas ■ 5-20 Consultas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

115

GRAFICA DOS

Escalas de Contenido del MMPI-2



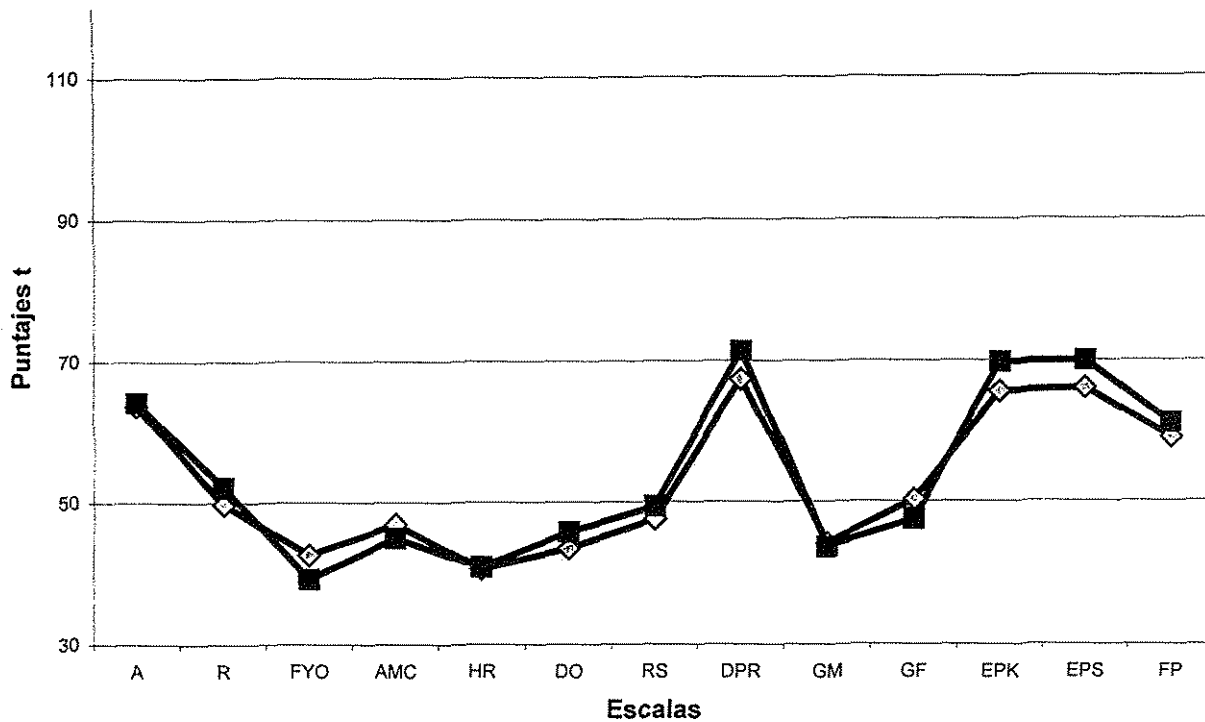
○ 1-4 Consultas ■ 5-20 Consultas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

116

GRAFICA TRES

EscalaS Suplementarias del MMPI-2



◆ 1-4 Consultas
■ 5-20 Consultas

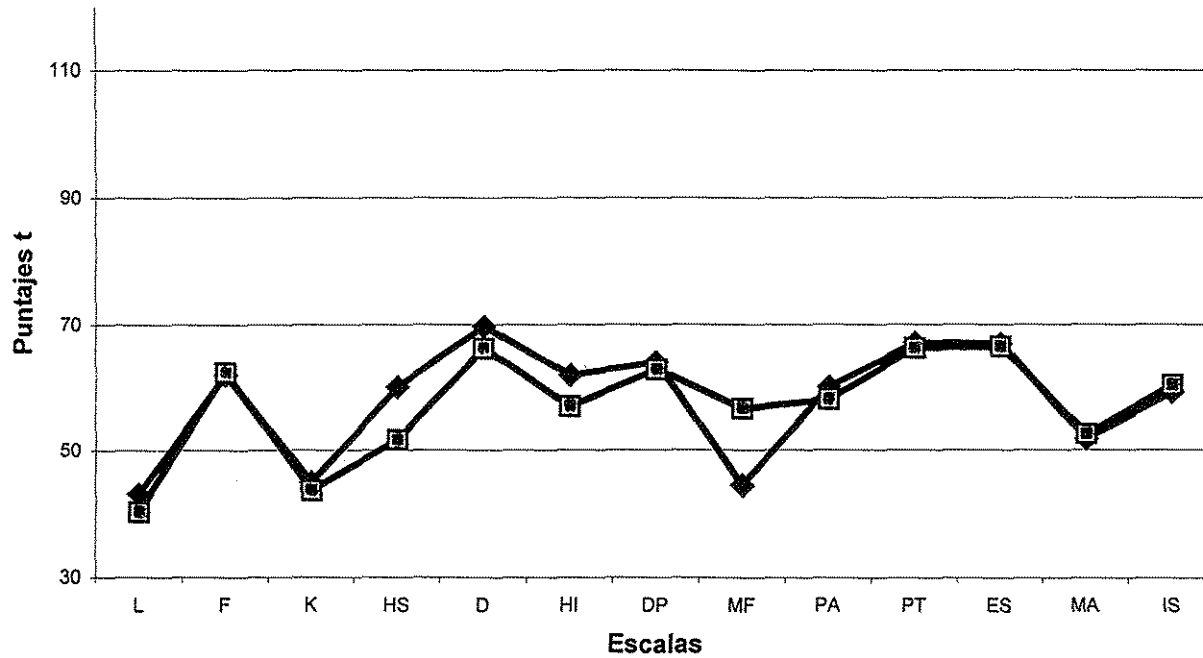
127

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA CUATRO

Escalas Clínicas del MMPI-2

Comparación por sexo



◆ Femenino □ Masculino

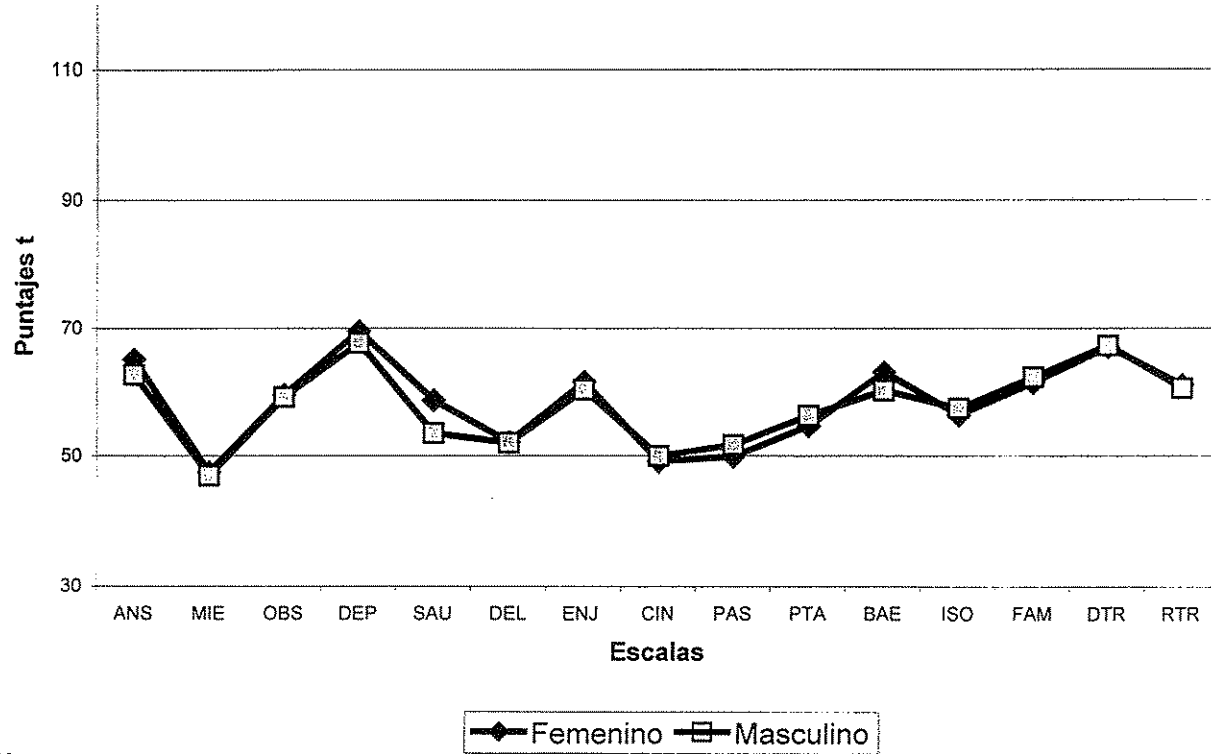
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8M

GRAFICA CINCO

Escalas de Contenido del MMPI-2

Comparación por sexo



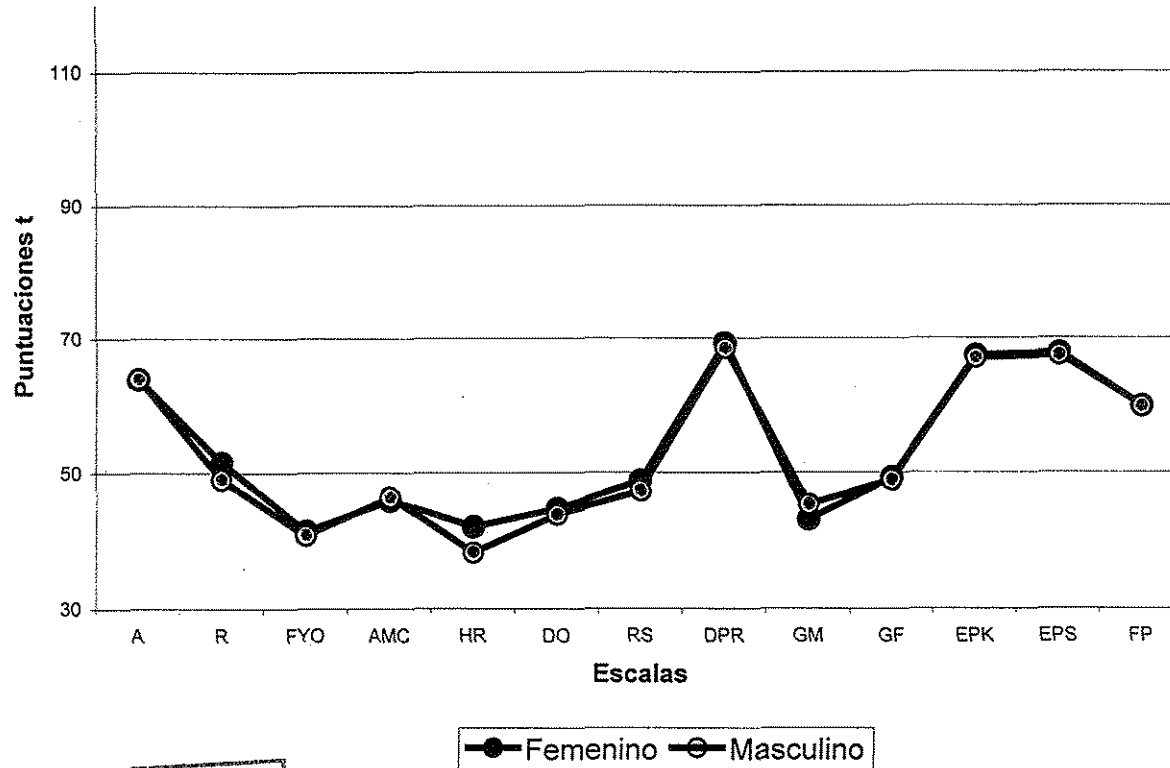
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

69

GRAFICA SEIS

Escalas Suplementarias del MMPI-2

Comparación por sexo

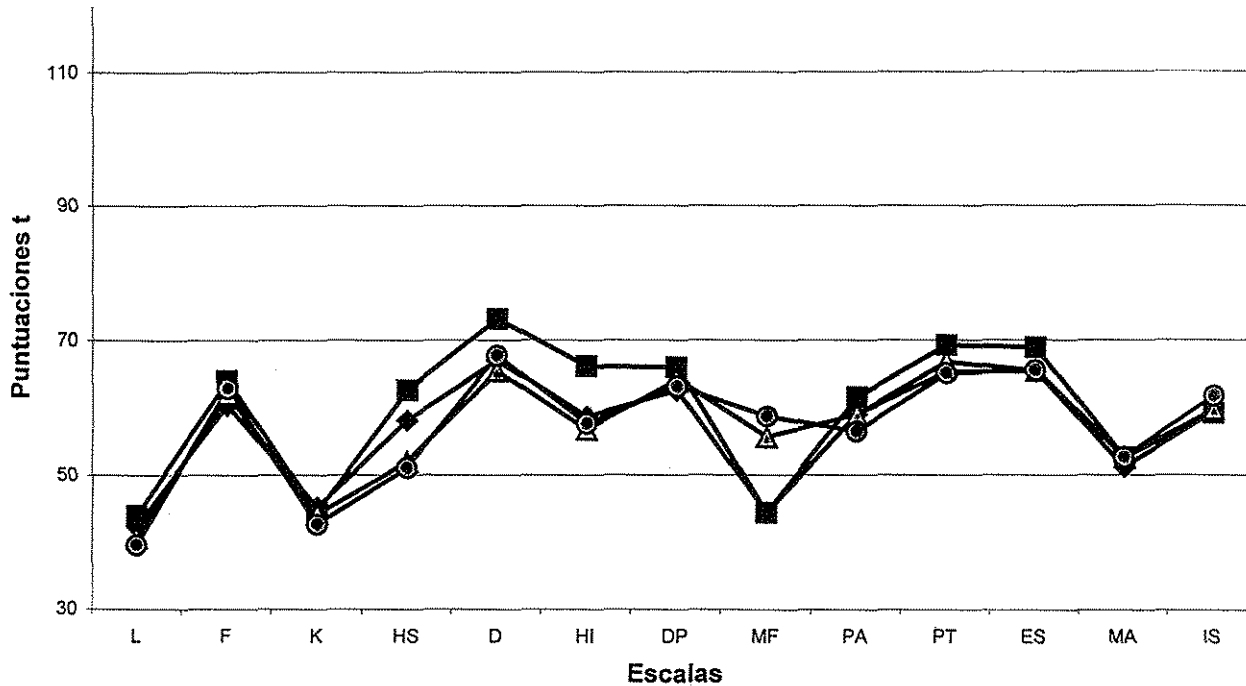


120

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA SIETE

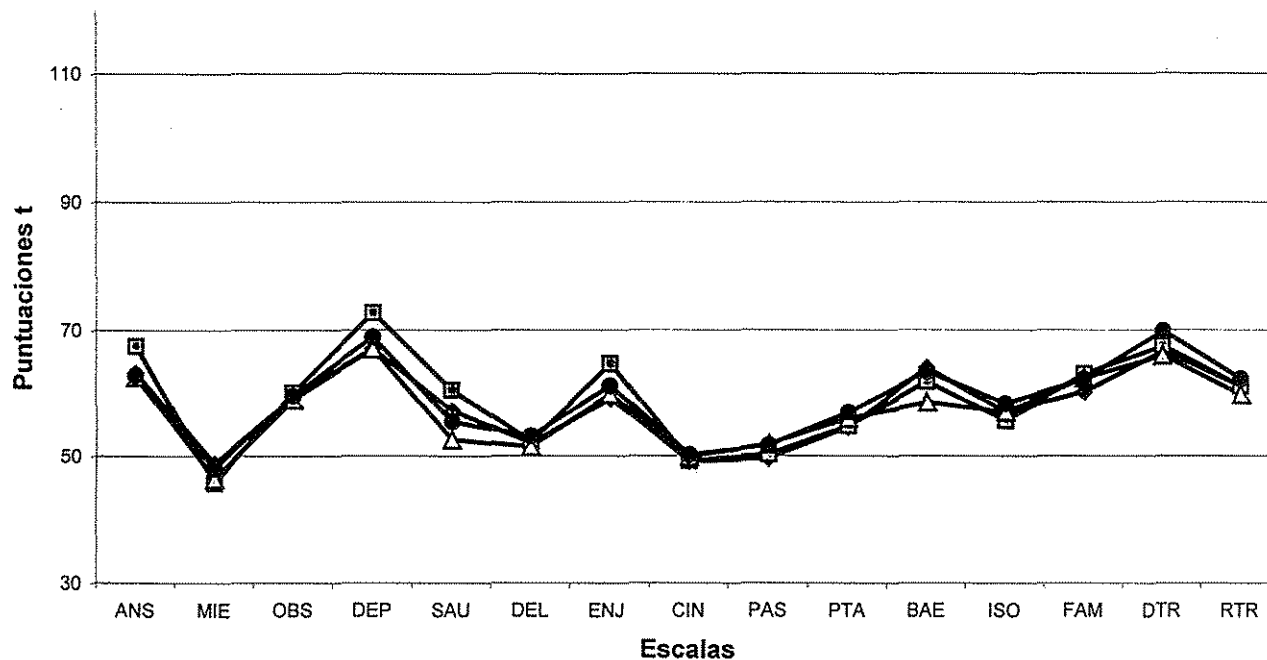
Escalas Clínicas del MMPI-2, Comparación por sexo y número de consultas



◆ Femenino 1-4 consultas ■ Femenino 5-20 consultas
 ▲ Masculino 1-4 consultas ● Masculino 5-20 consultas

GRAFICA OCHO

Escala de Contenido del MMPI-2, Comparación por sexo y número de consultas

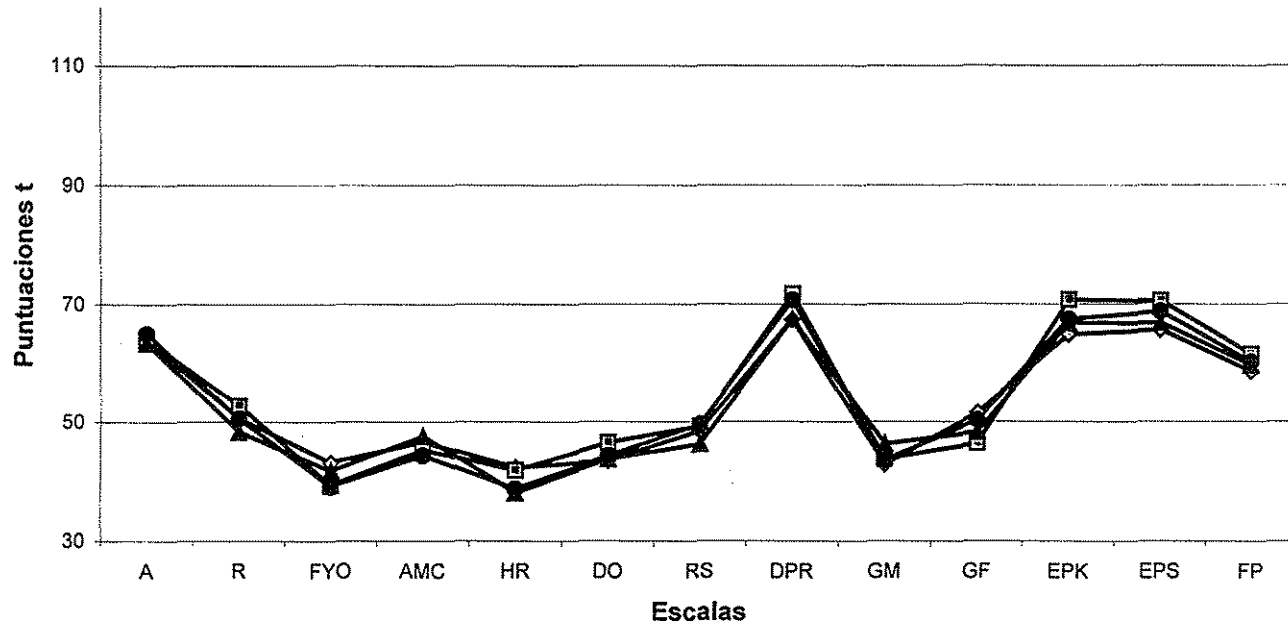


◆ Femenino 1-4 consultas □ Femenino 5-20 consultas
 ▲ Masculino 1-4 consultas ● Masculino 5-20 consultas

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

GRAFICA NUEVE

Escalas Suplementarias, Comparación por sexo y número de consultas



◆ Femenino 1-4 consultas □ Femenino 5-20 consultas
 ▲ Masculino 1-4 consultas ● Masculino 5-20 consultas

123

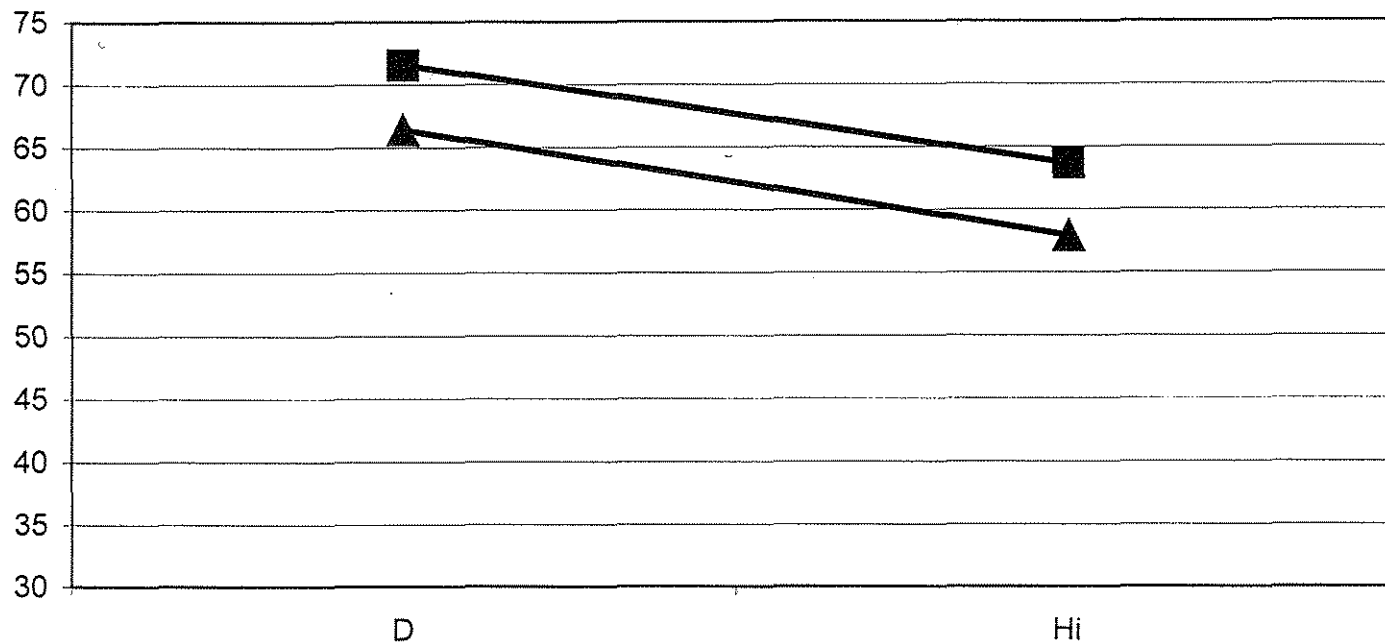
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

DOS

Gráfica A

Comparacion por numero de consultas (escalas clínicas)

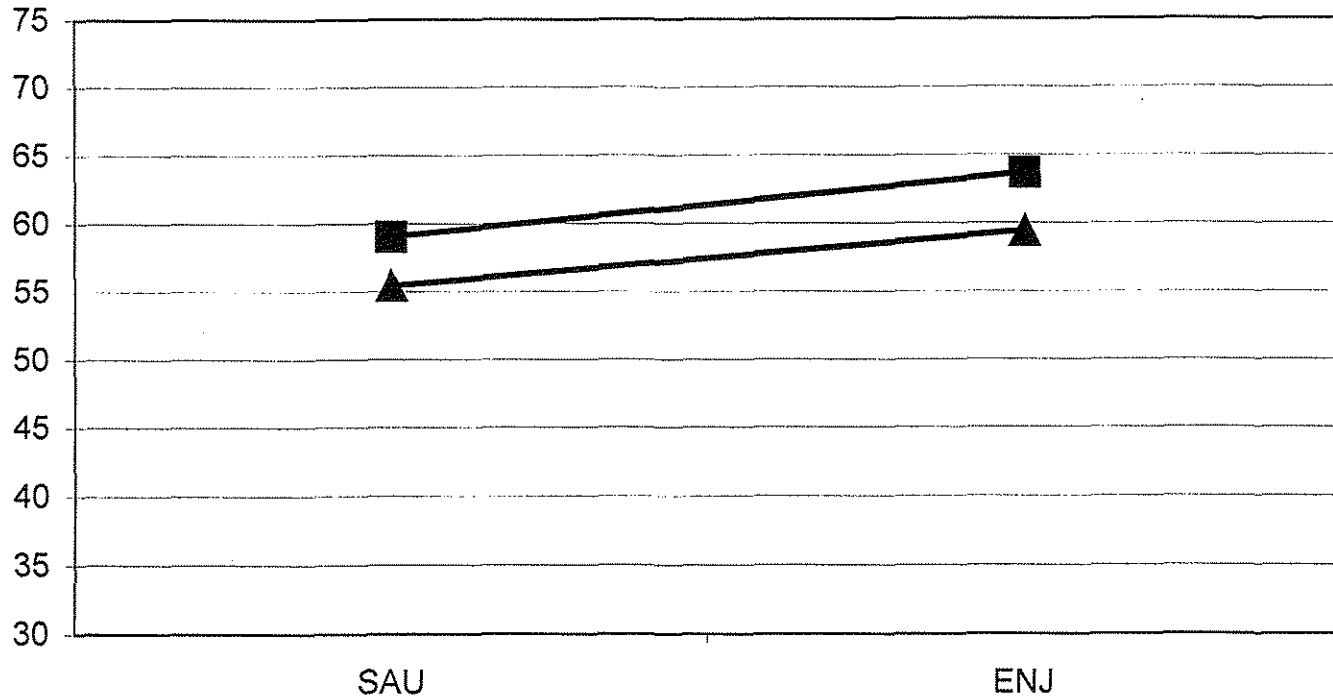


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

▲ 1 a 4 ■ 5 a 20

Gráfica B

Comparacion por numero de consultas (Escala de contenido)



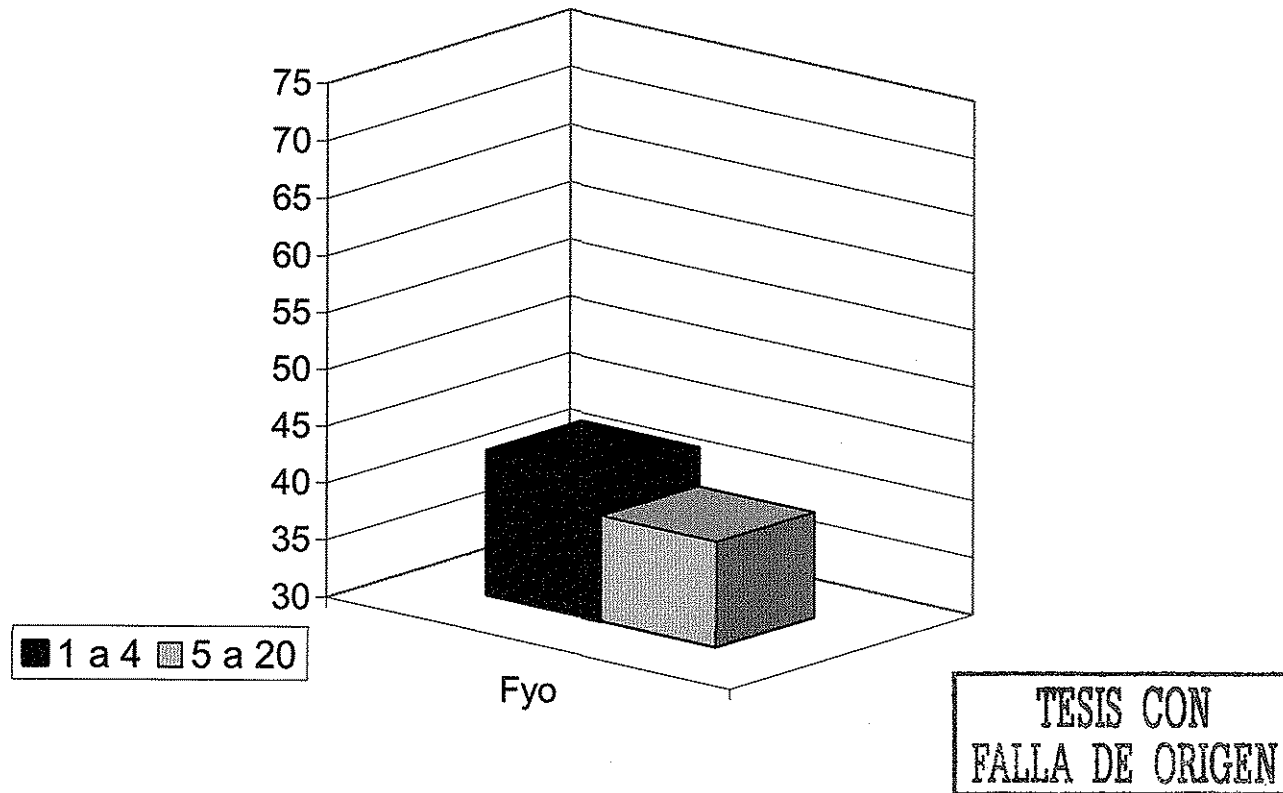
126

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

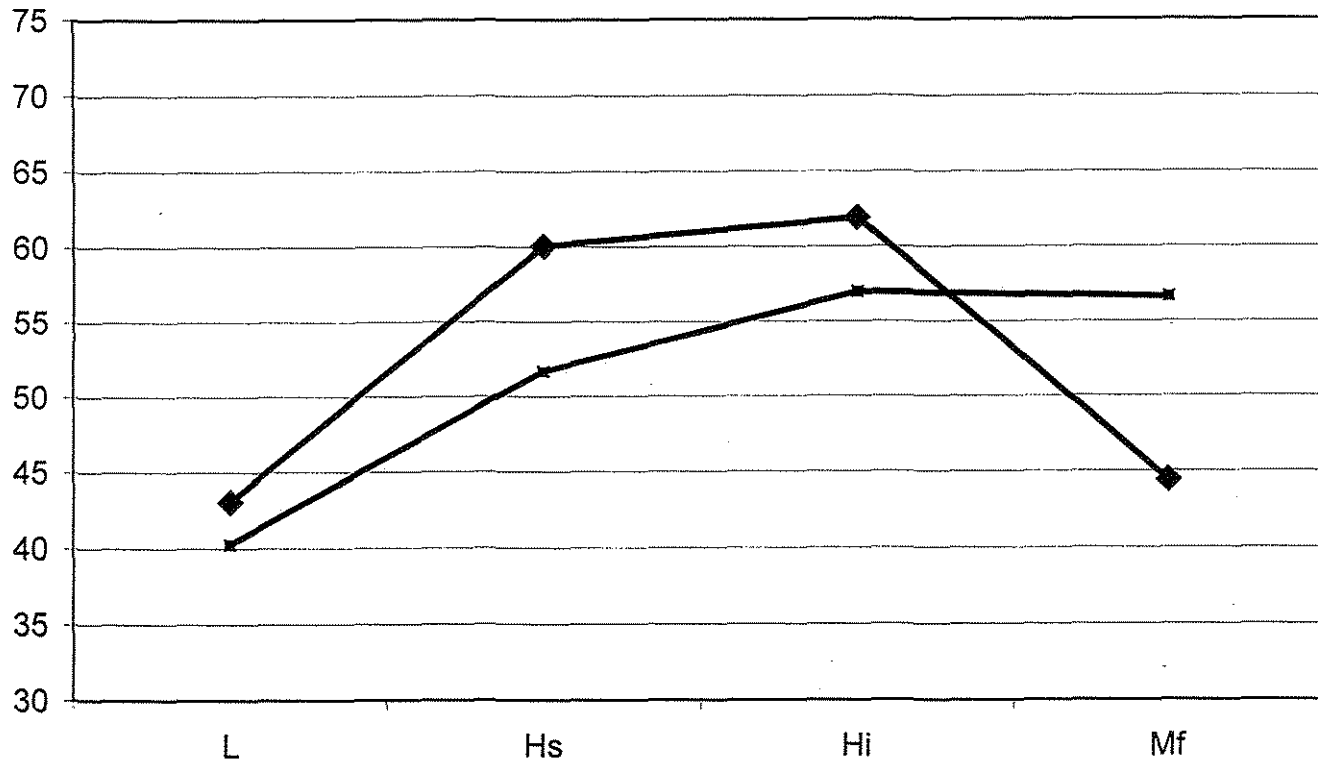
▲ 1 a 4 ■ 5 a 20

Gráfica C

Comparacion por numero de consultas (escalas suplementarias)



Gráfica D
Comparacion por sexo
(escalas clínicas)

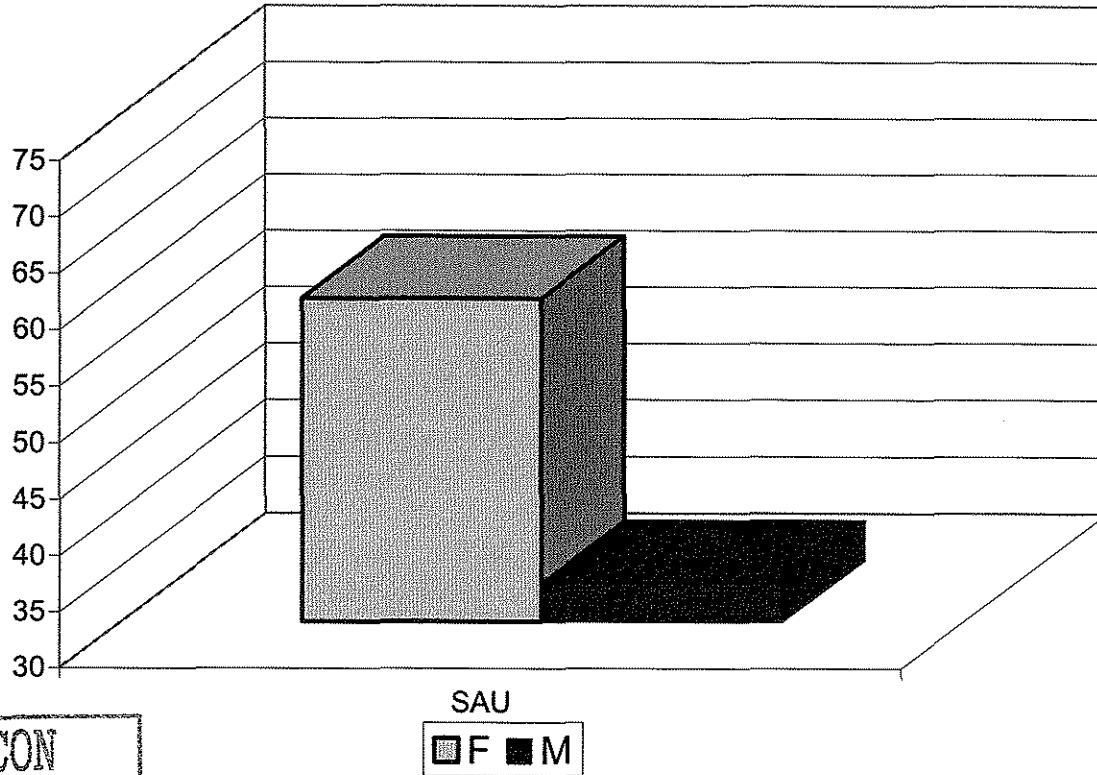


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

◆ F ■ M

Gráfica E

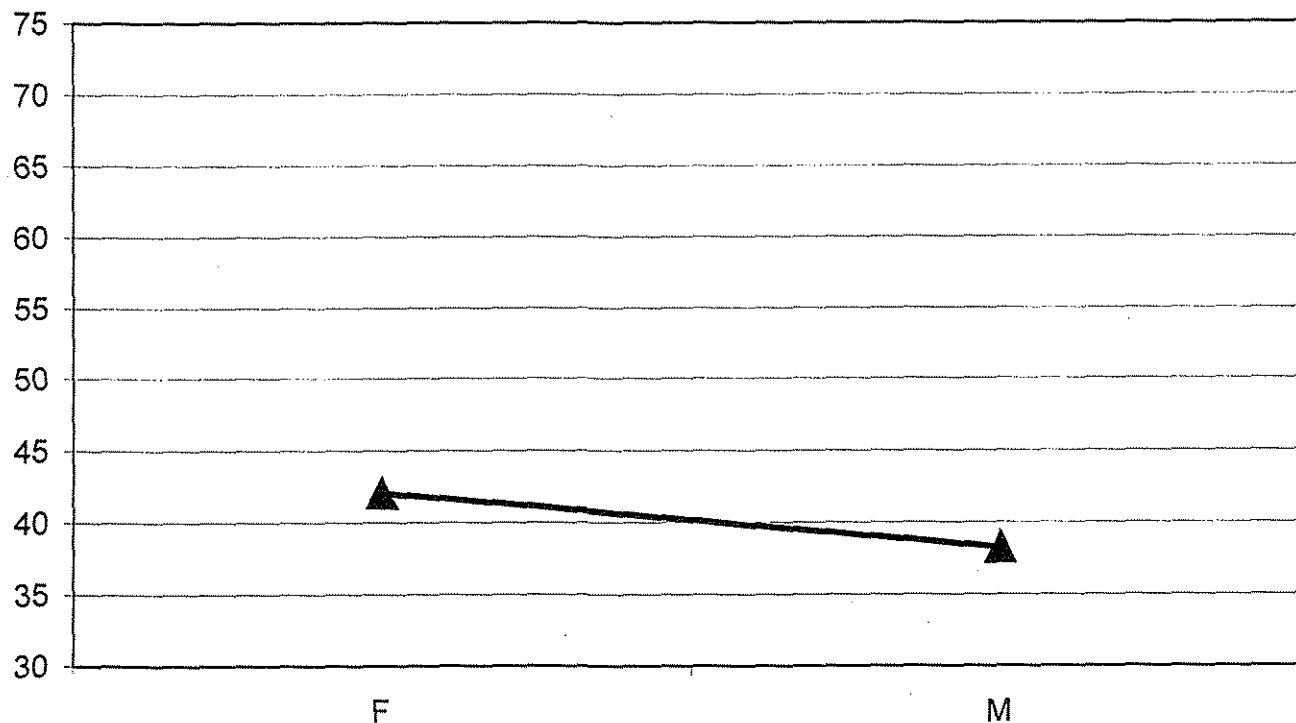
Comparacion por sexo (escalas de contenido)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica F

Comparacion por sexo (escalas suplementarias)

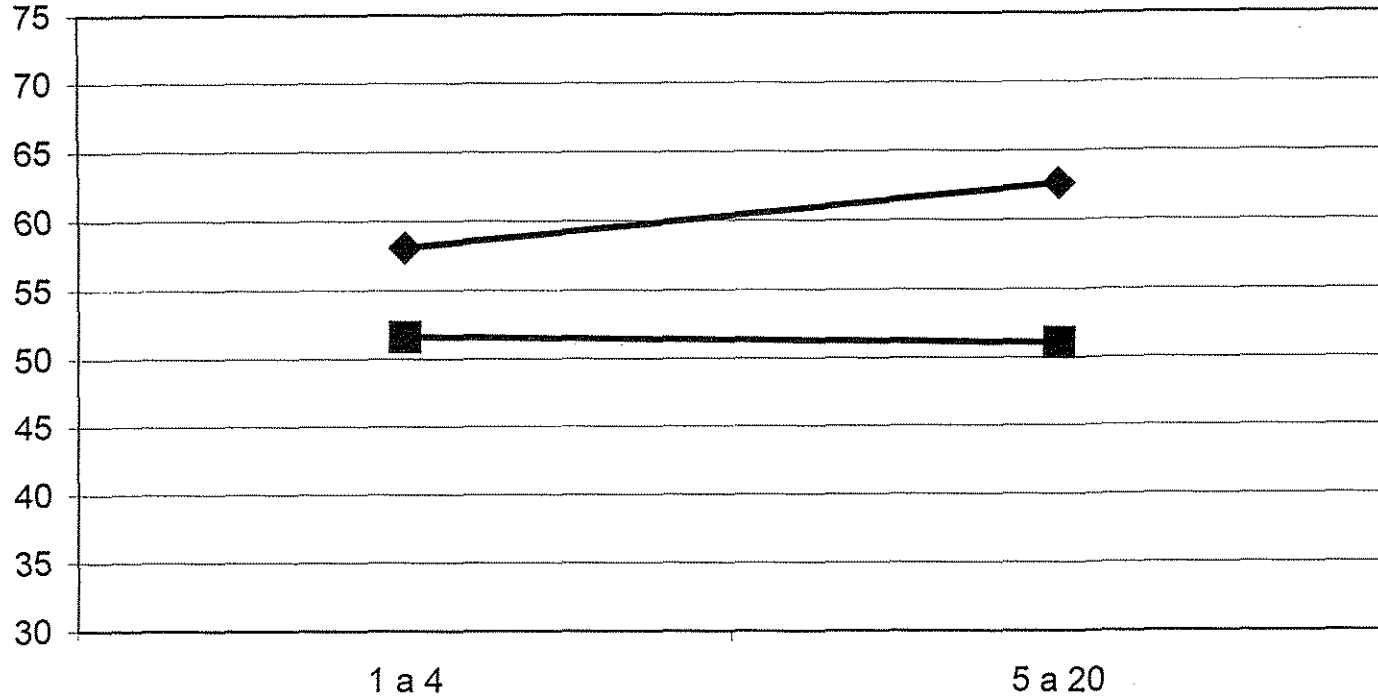


—▲— HR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica G

Comparacion por sexo y numero de consultas (Hs)



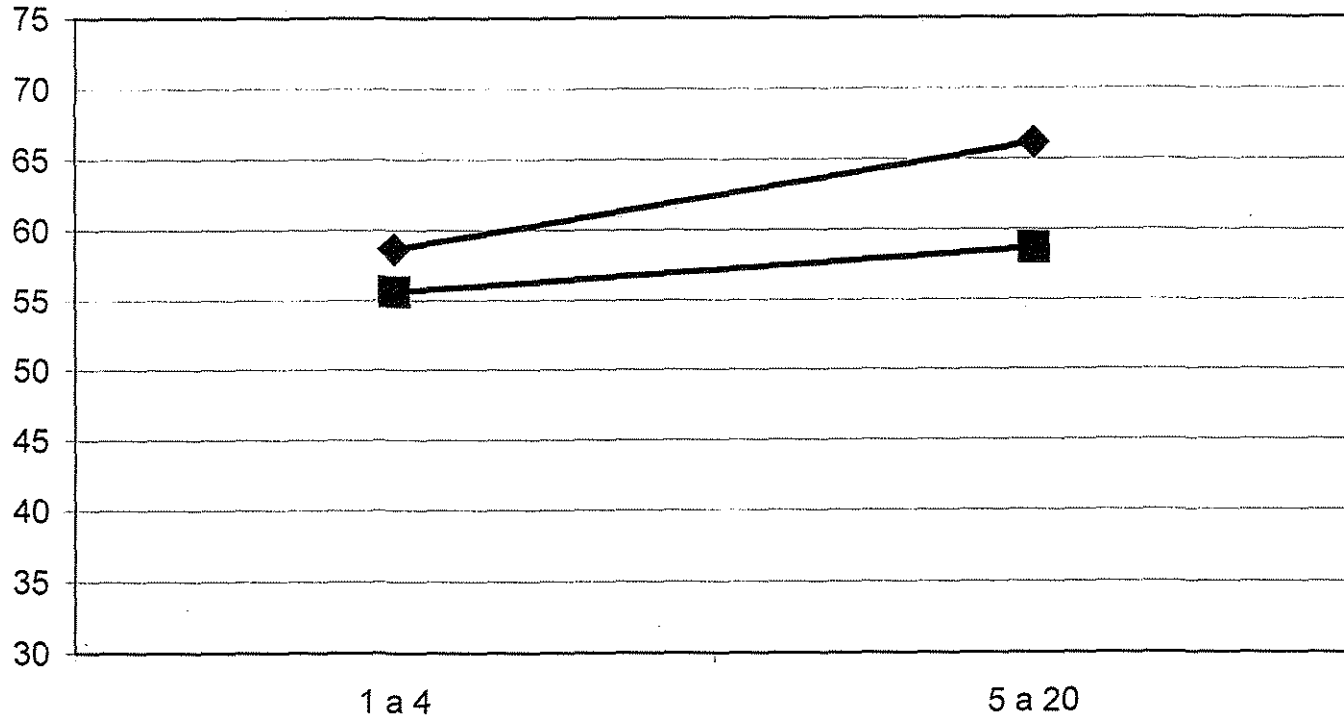
◆ Mujeres ■ Hombres

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

181

Gráfica H

Comparacion por sexo y numero de consultas (Hi)

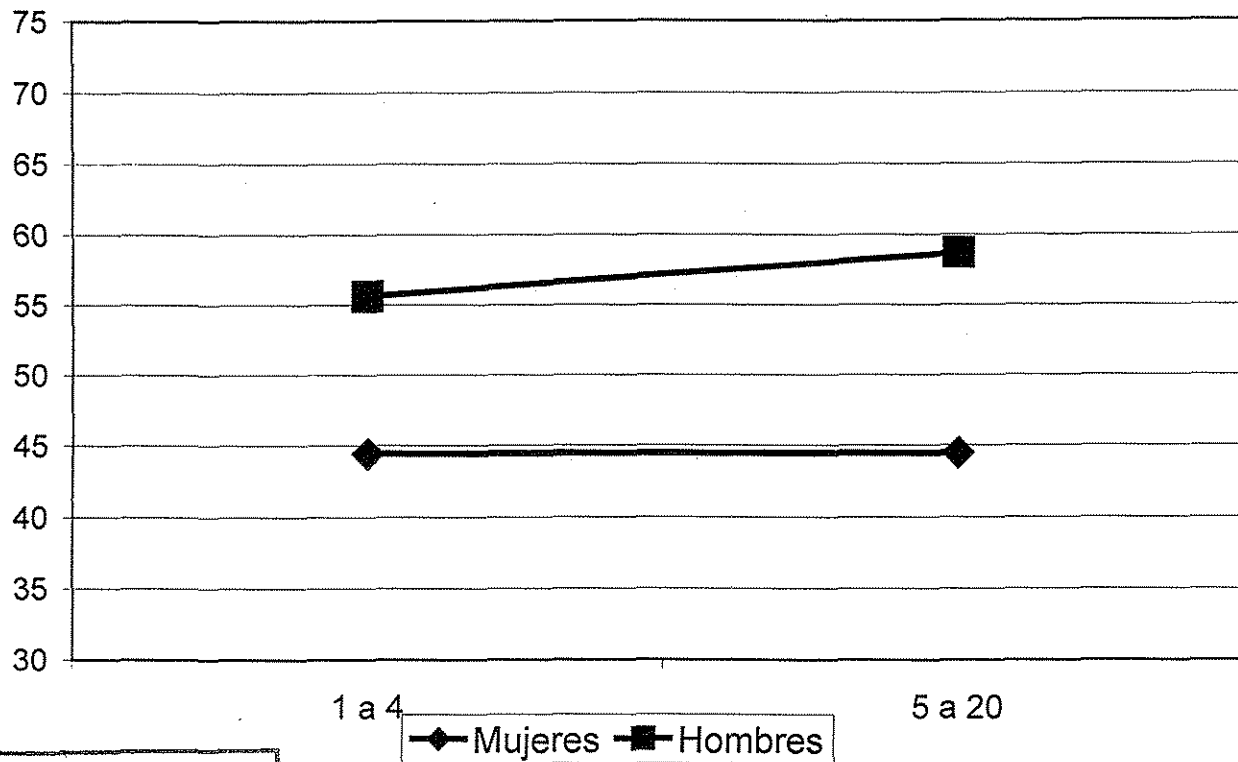


◆ Mujeres ■ Hombres

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica I

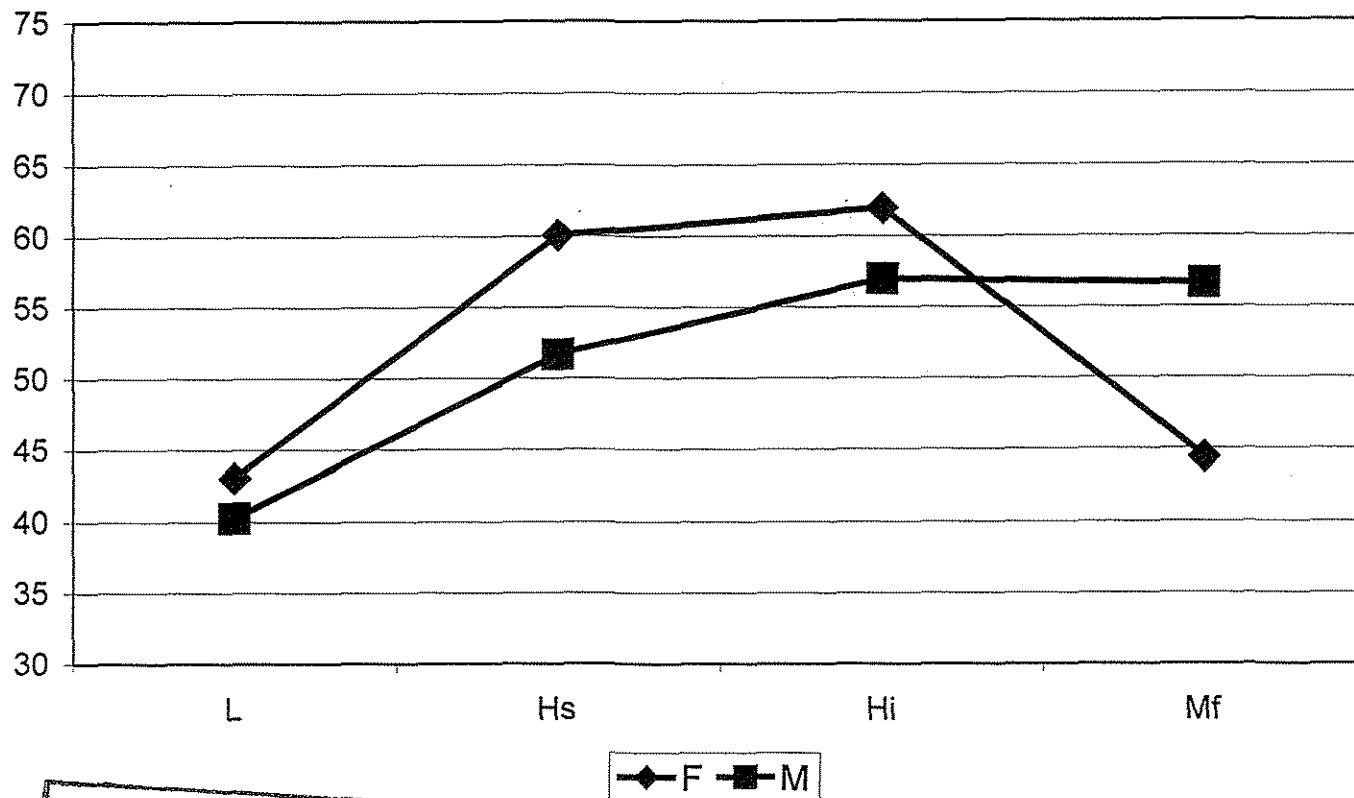
Comparacion de sexo y numero de consultas (Mf)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica J

Comparacion por sexo (escalas clinicas)



187

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN