

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
COLEGIO DE PSICOLOGIA

**COMPARACION DE LA PRUEBA M. M. P. I.
EN DIVERSOS GRUPOS CLINICOS**

T E S I S
QUE PRESENTA PARA
OBTENER LA LICENCIATURA DE
P S I C O L O G I A
MA. DOLORES MARTINEZ CARRILLO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

1967

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE ECONOMÍA

25053.08
UNAM. 21
1967

M.- 159481

Apr. 86

Con agradecimiento al Sr. Dr.

Luis Lara Tapia Director

de esta tesis.

Con admiración y respeto a mis maestros del
Colegio de Psicología, de la U.N.A.M.

Con mi estimación a mis compañeras y compañeros
de trabajo.

Con mi afecto a mis compañeros y compañeras
de Facultad.

Con cariño a mis hermanas:
Araceli y Rosa María Martínez Carrillo.

Este estudio clínico experimental fué realizado en el Departamento de Psicología del Pabellón Piloto del antiguo Manicomio General de la Castañeda y concluído en el Departamento de Investigaciones Psicológicas, del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Está dedicado este trabajo, a los pacientes de dichos hospitales con la idea de que estos estudios contribuyan en alguna forma a reintegrarlos a su Sociedad.

COMPARACION DE LA PRUEBA M.M.P.I. EN DIVERSOS GRUPOS CLINICOS.

Indice

	Pág.
INTRODUCCION.	1
A).- Aspectos teóricos del estudio.	
B).- Aspectos aplicados del estudio.	
CAPITULO I. Contenido.	5
Consideraciones Previas.	6
A).- Las pruebas en Psicología.	6
B).- Objetivo principal del Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (M.M.P.I.)	9
C).- Revisión interna de las escalas	11
D).- Descripción de la prueba.	14
E).- Contenido de las escalas.	20
F).- Escalas clínicas.	22
CAPITULO II. Contenido	30
A).- Formulación de hipótesis.	31
B).- Características de la Muestra.	33
C).- Material y procedimientos usados.	34
D).- Resultados obtenidos.	42
CAPITULO III. Contenido	50
A).- Análisis e interpretación de resultados.	51
B).- Sumario y conclusiones.	57
C).- Sugestiones de investigación futura.	58
D).- Bibliografía.	59

INTRODUCCION

Uno de los propósitos más importantes de la ciencia en general y de la Psicología en particular, es lograr hasta donde sea posible, el mayor grado de objetividad, característica esencial de toda ciencia.

El Psicólogo se propone descubrir la estructura, las causas y los efectos de la conducta, utilizando un método OBJETIVO como es el de los Tests Psicológicos, que excluyen de la investigación, valoraciones puramente personales del investigador.

El Método es a la Ciencia lo que el instrumental al Cirujano, que - teniendo grandes conocimientos del cuerpo humano y de la técnica Quirúrgica, se ve impedido a efectuar una operación por falta de instrumental adecuado.

El Psicólogo puede poseer gran número de datos, pero necesita del método apropiado para relacionarlos y explicarlos, ya que en Psicología los procedimientos carentes de Método, conducen a generalizaciones erróneas, y una manifestación aislada, no tiene valor más que en sus reacciones, y para establecer diferencias es necesario relacionarla con otra, mediante un adecuado método. Respecto a las tendencias psíquicas, la misma manifestación en distintas personas, puede ser completamente diferente, de acuerdo con su motivación. La relación de una parte con el todo, es el factor que motiva cada aspecto, y dicha relación está condiciona

nada por factores internos y externos al individuo. Un hombre con ciertas ideas extrañas, puede ser considerado como un sabio en Polinesia y como un enfermo mental en nuestro país. Incluso en un mismo país los valores cambian:

Al que se le llama criminal en tiempo de paz, se le llama héroe durante la guerra. Si observamos ciertos rasgos en una personalidad, el valor de los mismos depende:

- A).- De sus elementos motivadores.
- B).- Del grado de dicho rasgo.
- D).- De la posición que ocupa entre los demás.

Un rasgo de la Personalidad no es un elemento de la misma. Si determinamos mediante cuestionarios, la presencia de ciertos rasgos, no nos servirá de mucho el hallazgo, a menos que analicemos sus componentes, cada individuo tiene componentes diferentes, el hecho de que los miembros de un grupo diferente posean ciertos rasgos comunes, puede ser invalidado. Lo que parece ser igual en distintas personas no ha de tener necesariamente la misma estructura. Debemos investigar la génesis de cada rasgo. Una persona puede estar nerviosa accidentalmente o a causa de su dependencia a cierto grupo social, como en el caso de la Histeria Colectiva. Su nerviosidad puede ser consecuencia de la conducta seguida durante su infancia, o puede tener raíces hereditarias. Debemos investigar las condiciones bajo las que aparece un rasgo, algunos solo aparecen bajo determinadas circunstancias. El valor de una persona puede ser muy escaso si tiene que sufrir un electrochoque, pero muy alto si se enfrenta a un peligro real, y viceversa. Un niño puede ser incapaz

de recordar números, y en cambio mostrar una memoria superior cuando se trata de recordar hechos de su propia vida. Con esto queda explicado que no hay rasgos absolutos, es decir, valor absoluto.

El procedimiento de investigación de asuntos humanos, a partir de la Epoca Moderna ha logrado mayor precisión en la medida en que se adoptan por la Ciencia, datos y procedimientos cuantificables como los proporcionados por la Estadística.

La Psicología Contemporánea, en momentos más decisivos para su progreso, se ha servido de la comparación crítica, que le proporcionan las estadísticas de las pruebas Proyectivas y Psicométricas que han logrado el mayor grado de Objetividad posible, esto es de GENERALIDAD RELATIVA, ofreciendo así el testimonio de la precisión a que se debe llegar en la investigación Psicológica.

Por más privatísima que pueda considerarse la situación de un individuo, es sólo un grado de problemas más amplios. El individuo humano si es que ha de constituir un claro problema de la ciencia o de la técnica, sólo puede ser a consideración de que se enlace con los problemas más amplios de la sociedad de su país o de la humanidad. Precisamente los recursos psicométricos parten del supuesto, de que el individuo humano no es algo aislado o aislable. Los asuntos humanos por más individuales o privados que ellos sean, no puede concebirseles al margen de los problemas sociales y humanos en general.

En el test "Inventario Multifásico de Minnesota", encontramos una técnica muy avanzada de objetividad en el sentido mencionado.

El deseo de contar con más y mejor material para una buena exploración Psicológica, el interés por aumentar nuestros conocimientos sobre la aplicación de otros tests, y la inquietud por conocer en forma especial el "Inventario Multifásico de Minnesota", nos conducen a este trabajo de investigación de diferencias en la conducta entre un grupo de enfermos reclusos en el "Pabellón Piloto" del Manicomio General de la Ciudad de México y un grupo de personas, (trabajadores hombres) mentalmente sanos.

Se considera que la investigación orientada en este sentido, auxiliada por el procedimiento estadístico, no sólo es un método certero de la ciencia sino además un recurso útil de la técnica en la investigación del tipo de población manicomial, que lleva implícito el objeto de obtener mayor información y una norma que sirva a los psicólogos que trabajen con este tipo de enfermos, información que permita establecer una clara comparación con datos proporcionados por otras pruebas de personalidad.

Los datos así obtenidos tendrán que ser validados mediante estudios sistemáticos de tipo experimental.

CAPITULO I.

CONSIDERACIONES PREVIAS.

CONTENIDO:

- A).- Las pruebas en Psicología.
- B).- Objetivo principal del Inventario Multifásico.
de la personalidad de Minnesota.
- C).- Revisión interna de las escalas.
- D).- Descripción de la Prueba.
- E).- Contenido de las escalas.
- F).- Escalas Clínicas.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES PREVIAS.

A) LAS PRUEBAS EN PSICOLOGIA.

Una fase de la aplicación de los tests psicológicos está destinada a medir los aspectos no intelectuales de la conducta humana, por lo que se les ha denominado Tests de Personalidad. Bajo esta denominación se incluyen rasgos no intelectuales, medidas de características como la adaptación emocional, relaciones sociales, la motivación e intereses y actitudes.

Un precursor de los tests de personalidad es Kraépelin, quien utilizó el test de asociación libre con pacientes normales, técnica de la que se sirvió para estudiar los efectos psicológicos de la fatiga, el hambre y las drogas. Sommer posterior a Kraépelin sugirió que el test de asociación libre podía utilizarse para distinguir diversas formas de trastorno mental. Representa este test uno de los primeros tipos de técnica proyectiva.

Los trabajos de Galton, Pearson y Cattell contribuyeron también a la creación de técnicas del cuestionario tipificado y las "Rating Scales", procedimientos que han sido empleados en la elaboración de algunos de los tipos más comunes de tests de personalidad. Ejemplo: El Cuestionario de Personalidad o "Self Report Inventory" (Inventario Auto-descriptivo).

Las técnicas Proyectivas, representan otro método para el estudio de la personalidad.

Los Tests de personalidad comprenden todas aquellas pruebas que exploran los aspectos no intelectuales de la personalidad, es decir, sus aspectos conativos (o volicionales) y afectivos.

La extensión de los conceptos de la Psicología Dinámica ha favorecido la aplicación de las pruebas basadas en postulados psicoanalíticos.

La clasificación más práctica de los tests de personalidad está basada en características exteriores de la prueba. Esquemáticamente pueden distinguirse tres categorías:

- 1.- Los cuestionarios.
- 2.- Los tests objetivos.
- 3.- Los tests proyectivos.

Alfred Binet, tuvo la idea de utilizar cuestionarios como tests de personalidad, que hoy se hallan compuestos por un número de preguntas más o menos elevado, presentadas al sujeto por escrito y referente a sus opiniones, sus gustos, su comportamiento en circunstancias precisas, sus sentimientos, sus intereses, etc., que miden rasgos de personalidad y pueden definirse de tres modos distintos:

A.- Con respecto a un sistema Psicológico clásico. Se obtienen así cuestionarios extraversion-introversión, de dominio-sumisión, etc.

B.- Con respecto a un sistema psicológico derivado de la Nosología Psiquiátrica, considerándose los síndromes psiquiátricos como exageraciones mórbidas de los rasgos normales.

C.- Con respecto a factores de personalidad definidos por el análisis

sis factorial. Por otra parte, existen dos variaciones de cuestionario según se pretenda explorar un sólo rasgo de personalidad, o según que el cuestionario permita obtener simultáneamente notas para varios rasgos (cuestionarios multifásicos).

En los cuestionarios multifásicos puede haber yuxtaposición de cuestionarios del tipo anterior. En éstos cada pregunta participa solamente en la evaluación de un rasgo o pregunta, puede tomar parte al mismo tiempo en la evaluación de varios rasgos, siendo así, tendrá una valoración distinta cada rasgo.

Entre los cuestionarios unifásicos los más conocidos son:

- 1.- El "A.S.Reaction Study" (Estudio de la Reacción dominio-sumisión) de Allport, que explora una dimensión de la personalidad, cuya existencia ha sido confirmada por el análisis factorial.
- 2.- El Test de Masculinidad-Feminidad de Terman y Miles, validado objetivamente, en el que se han seleccionado las preguntas por su valor discriminativo entre sujetos de ambos sexos.

Entre los cuestionarios multifásicos clásicos, tenemos el Cuestionario de Bernreuter, que mide simultáneamente las dimensiones siguientes: tendencia neurótica, tendencia a bastarse a sí mismo (self-sufficiency), introversión-extroversión, dominio-sumisión. Las escalas de este cuestionario no son independientes y están bastante intercorrelacionadas.

Entre los cuestionarios cuyos rasgos derivan de la nosología psiquiátrica, se encuentra el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, M.M.P.I.).

Los cuestionarios multifásicos, basados en el análisis factorial, tienden a ocupar un lugar cada vez más importante.

B) OBJETIVO PRINCIPAL DEL INVENTARIO

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, fué elaborado por S. R. Hathaway y J. C. McKinley.

El material original de este inventario en el año de 1937 comprendía escalas o vectores enfocados a demostrar desviaciones de la personalidad, de tipo patológico. Estas escalas primarias fueron: Histeria, Depresión; Hipocondriasis; Psicastenia; Desviación Psicopática; Rasgos de masculinidad y feminidad y Escalas de Psicosis; Paranoia; Esquizofrenia y Psicosis maniaco-depresiva.

Para asegurar la validez de las escalas resultantes se buscó que tuviera comprobación clínica, es decir, que los rasgos que señalaba el Inventario fueran descritos igualmente en el diagnóstico clínico.

Se observó el comportamiento de sujetos hospitalizados y se analizó su conducta para lograr la diferenciación correspondiente a cada escala clínica, tanto de las actitudes patológicas como de los rasgos diferenciales entre sujetos normales y anormales.

Para la experimentación de la prueba los autores dieron significado a cinco grupos:

- 1.- Normalidad apreciable.
- 2.- Diagnóstico de histeria (sujetos interesados sólo en sus propios problemas).
- 3.- Sujetos con presentaciones cicloides (presentan características emotivas que interfieren sus actividades).

- 4.- Sujetos esquizoides (caracterizados por gran imaginación, subdivididos en paranoicos y autistas).
- 5.- Sujetos con reacciones francas de peligrosidad (impulsividad).

Se hicieron tres tipos de investigación con este inventario:

- 1.- Se comparó con otros cuestionarios semejantes en validez y confiabilidad como el Humm-Wadsworth llamado "Temperament Scale".
- 2.- Se comprobó clínicamente.
- 3.- Se sometió al proceso del análisis factorial múltiple.

Meehl y Gough (8) en 1938 después de realizar sus propios estudios, - consideraron que definitivamente el Inventario medía satisfactoriamente los desajustes de tipo neurótico, principalmente los de Histeria, Hipocondriasis y Depresión.

Desde luego el inventario tuvo tres objetivos principales:

- 1.- Obtener un aspecto objetivo del diagnóstico clínico.
- 2.- Encontrar una trayectoria de los cambios originados durante el tratamiento psiquiátrico a través de una prueba.
- 3.- Descubrir las actividades latentes de los sujetos, no definidas o manifiestas.

C) REVISION INTERNA DE LAS ESCALAS.

Investigadores que realizaron estudios al respecto, comprobaron que uno de los errores en las pruebas de personalidad, era la posibilidad de que los sujetos pudieran mentir en forma propositiva o no, pero que seguían un razonamiento muy tendencioso y por ello se obtenía un cuadro de ficción muy claro.

Hathaway, después de conocer varios estudios hechos al respecto, -- llegó a la conclusión de que una forma de saber si una persona contestaba con consistencia, era la de presentar dos veces cada una de las aseveraciones, en una ocasión en forma positiva y otra en forma negativa.

Todos los investigadores estuvieron de acuerdo en el hecho de que, -- no obstante que la prueba se invalidara, porque el paciente mintiera en sus respuestas, era interesante hacer el tipo de interpretación correspondiente a sus propias -- formas de ficción. A través de estos resultados se pudo saber algo sobre la confianza -- que el paciente tenga de sí mismo y de su capacidad para poder juzgarse objetiva o -- subjetivamente.

Con estos resultados, fué que en 1946, los autores hicieron un resumen de las escalas relacionadas con los aspectos de validez (Escala F y K).

En los primeros estudios de experimentación se llamó escala N a una escala llamada de corrección, y con cuyos resultados se comprobó que en estos perfiles, los sujetos normales tenían cierta tendencia a contestar normalmente , pero el sentido clínico de las aseveraciones dejaba entrever rasgos de desajuste emocional, -- un ejemplo: cerca del 48% de casos estudiados contestaron como "verdadero" a las preguntas formuladas acerca de una situación en que estaba distorsionada catafímicamente.

mente la realidad.

Más tarde se demostró en un porcentaje estadístico que la escala N era demasiado tendenciosa hacia aspectos psiquiátricos y que por lo tanto conducía a una subestimación.

Por este motivo se elaboró una nueva escala que se denominó L-6 y fué derivada de un análisis de aseveraciones que resultaron absolutamente diferentes entre los sujetos normales y los sujetos anormales. Se volvió a hacer una nueva aplicación a sujetos normales y se comprobó que se encontraban calificaciones altas -- cuando el sujeto quería aparecer como muy normal, falto de preocupaciones y de -- temores y se concluyó que la escala L-6 servía para medir la actitud de defensa personal e intencional del sujeto en estudio. Con esta comprobación quedó establecida definitivamente la Escala L-6 que se conoce actualmente con el nombre de Escala K.

En estudios posteriores se formó la Escala de validez F. Esta variable comprendió sesenta y cuatro aseveraciones seleccionadas por diferenciación entre sujetos normales y anormales. En esta Escala se propuso que el sujeto tuviera que seleccionar respuestas a conductas "usuales" entre otras que deberían ser "inusuales". Cuando es significativamente alta, invalida el test. Esto suele suceder en casos de depresivos, esquizoides y en general psicóticos.

Posteriormente con el fin de determinar el estudio de la validez del inventario multifásico de la personalidad, se obtuvo la escala L que fué seleccionada por Hartshorne y May. Las aseveraciones de esta escala se refieren a situaciones sociales correctas pero que rara vez son realidades, es decir, a un tipo de conducta

deseable. Se observó que sólo personas con un gran control intelectual podrían tener esta postura y en general se obtenían solamente de 6 a 7 aseveraciones contestadas - en forma afirmativa. El número total de estas "trampas" quedó definitivamente en 15, constituyendo situaciones sutiles, aparecen en aquellos sujetos que quieren dar una impresión muy favorable ante los demás, o bien, directamente al examinador que es quien está aplicando la prueba.

Estas Escalas L.F.K. fueron derivadas de la original N y con ellas se obtiene una doble evidencia:

1o. - Nos indican la actitud del sujeto al tomar la prueba y 2o. - nos proporcionan - datos cualitativos modificadores de los resultados de las demás escalas.

D) DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA.

Como se dijo, S.R. Hathaway y J.C. McKinley en 1937 (5) elaboraron el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota apegándose a las bases para la formulación de los cuestionarios; su propósito fué que el cuestionario midiera principalmente las reacciones psicológicas de desadaptación de la conducta y las anomalías que quedan dentro de la Patología Psiquiátrica. Formularon 550 - consideraciones, de acuerdo con la descripción clínica de los cuadros básicos de la nomenclatura de Kraépelin.

Estas 550 consideraciones o aseveraciones que constituyen los items - del inventario, quedaron clasificados en 26 categorías y el orden quedó establecido así:

- 1.- Salud en general (9 items).
- 2.- Neurología general (19 items).
- 3.- Nervios craneales. (11 items).
- 4.- Acción y coordinación (6 items)
- 5.- Sensibilidad (5 items).
- 6.- Vasomotor, alimenticio, lenguaje, secretorio (10 items.)
- 7.- Sistema cardio-respiratorio (5 items).
- 8.- Sistema gastrointestinal (11 items).
- 9.- Sistema genitourinario (5 items).
- 10.- Familia y matrimonio (26 items).

- 11.- Hábitos (19 items).
- 12.- Ocupaciones (18 items).
- 13.- Educativas (12 items).
- 14.- Actitudes sexuales (16 items).
- 15.- Actitudes religiosas (19 items).
- 16.- Actitudes políticas, ley y orden (46 items).
- 17.- Actitudes sociales (72 items).
- 18.- Afecto depresivo (32 items).
- 19.- Afecto maniaco (24 items).
- 20.- Estados obsesivos y compulsivos (15 items).
- 21.- Ideas de referencia, alucinaciones, ilusiones, ideas falsas --
(31 items).
- 22.- Fobias (29 items).
- 23.- Tendencias sádicas y masoquistas (7 items).
- 24.- Moralidad (33 items)
- 25.- Intereses, masculinidad, feminidad (55 items).
- 26.- Items para indicar si el sujeto está tratando de colocarse en un
nivel poco aceptable. (15 items).

Quedó establecido que las características de la personalidad se --
evaluarán, basándose en el puntaje de las escalas clínicas originalmente ideadas para
la utilización del inventario y son:

- 1.-Hipocondriasis

- (2) Depresión.
- (3) Histeria.
- (4) Desviación Psicopática.
- (5) Masculinidad-Feminidad.
- (6) Paranoia.
- (7) Psicastenia.
- (8) Esquizofrenia.
- (9) Hipomanía.
- (0) Intereses sociales.

Tiene además otras escalas el inventario que aún están en estudio.

Aunque las escalas mencionadas tienen su denominación de acuerdo con las manifestaciones del complejo sintomático, también tienen significado en el campo de lo normal.

En la presentación de los resultados el procedimiento usual es transformar el puntaje real de los rasgos medidos en puntajes medios (el puntaje T) que se trazará en una hoja especial, procedimiento que permitirá el análisis de la potencialidad relativa de las varias fases; cuyo patrón es generalmente más importante que la presencia de cualquiera de las fases de un grado anormal.

Estos datos normativos originales, fueron obtenidos con una muestra de 700 sujetos que representaban una sección transversal de la población de la ciudad de Minnesota, lograda con los visitantes a los Hospitales de la Universidad. La muestra fué bastante adecuada para las edades de 16 a 55 años, formada por miem-

bros de ambos sexos. Además a estos grupos de sujetos normales se agregó un grupo de estudiantes preparatorianos y universitarios que representaron una sección de los que solicitaban su admisión a la Universidad. Hubo varios grupos especiales como el de trabajadores de la W.P.A., el de pacientes tuberculosos y el de pacientes epilépticos cuyos datos también se obtuvieron.

Las escalas se obtuvieron contrastando grupos de sujetos normales con grupos de sujetos que eran pacientes de la población neuropsiquiátrica de los Hospitales de la Universidad de Minnesota. El criterio principal para la obtención de las escalas fué en predicción válida de los casos clínicos, comparada con los diagnósticos hechos por el personal neuropsiquiátrico, y no de acuerdo con medios estadísticos de confiabilidad y validez a pesar de la importancia de éstos.

Los datos que se tienen sobre la confiabilidad de la prueba son bastante satisfactorios. Hathaway y McKinley (5) utilizando la forma individual de la prueba en sujetos normales, no seleccionados, informaron los coeficientes de seis variables clínicas. El tiempo entre la aplicación de la prueba y el retest varió de tres días hasta más de un año. Cottle informó los coeficientes de las pruebas que aplicó utilizando sujetos no seleccionados que fueron examinados en ambas formas, individual y de grupo, que habiéndoles aplicado la prueba, una semana después les hizo retest.

Holzberg y Alessi, (4) encontraron coeficientes (pruebas y retest) en pacientes psiquiátricos no seleccionados a quienes les administraron la forma completa y la breve de la forma individual, con una diferencia en tiempo de tres días para

el retest. Como se vé, Cottle no utilizó la misma forma de la prueba en ambas si--
tuaciones, Holzberg y Alessi no utilizaron la misma versión, los coeficientes que -
ellos encontraron pueden proporcionarnos la estimación de la confiabilidad del ----
M.M.P.I.

En cuanto a validez, un alto porcentaje en una escala ha favorecido
la predicción positiva del diagnóstico final por la apreciación en más del 60% de ad-
misiones psiquiátricas.

Este porcentaje fué derivado de la diferencia entre varias clases de -
casos clínicos. Aún en los casos en que en un alto porcentaje no fué seguido por el-
diagnóstico correspondiente, la presencia del rasgo anormalidad en el cuadro sinto-
mático fué siempre detectado por la prueba.

COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA Y RETEST ENCONTRADOS PARA
EL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.

Escala y Abreviatura Normales (N 40 - 17)	Cottle Holzber y Alessi	
	Normales (N-100)	Pacientes Psquiátricos. (N 30)
No contestados (?)		.75
Mentira (L)	.46	.85
K (K)	.76	
Validez (F)	.75	.93
(1) Hipocondriasis (Hs). .80	.81	.67
(2) Depresión (D). .77	.66	.80
(3) Histeria (Hy). .57	.72	.87
(4) Desviación Psicopática (Pd) . .71	.80	.52
(5) Masculinidad-Feminidad (MF) .	.91	.76
(6) Paranoia (Pa) .	.56	.78
(7) Psicastenia (Pt). .74	.90	.72
(8) Esquizofrenia (Ec). .	.86	.89
(9) Hipomanía (Ma). .83	.76	.59

Al elaborar el Inventario se tuvo la idea de que pudiera ser casi -- universal, tanto en la interpretación como en la aplicación a casos individuales. Es por esta razón que se han realizado estudios sobre la validez de las contestaciones - dadas por cada sujeto, en tal forma que los puntajes puedan ser interpretados con un amplio grado de confianza aún si el protocolo es obtenido de sujetos con escasa escolaridad, cociente intelectual bajo o incapacidad debida a enfermedad mental.

F) CONTENIDO DE LAS ESCALAS.

Las escalas fueron hechas con base en el criterio clínico de casos -- clasificados de acuerdo con la nomenclatura psiquiátrica convencional y quedaron -- así:

La escala de respuestas no contestadas es un puntaje de validación y está constituida por el número total de respuestas clasificadas en la categoría: -- "no pudo contestar". Cuando este puntaje es muy alto invalida a los demás. Este -- puntaje es índice de factores de la personalidad. En pacientes depresivos y psicas-- ténicos se observan puntajes altos de esta escala.

El puntaje de la Escala L.

Este es un puntaje de validación que permite una medición del grado en que el sujeto intenta falsificar sus puntajes seleccionando siempre las respuestas -- que le sitúen en la posición social más favorable. Un alto puntaje L, no invalida -- necesariamente los otros puntajes, pero sí indica que el valor real es probablemente superior que el obtenido. En algunos casos, el puntaje L, puede ser de interés por -- su propio valor como una medida de algún rasgo de personalidad especial.

El puntaje de Validez F .

Este puntaje no es una escala de personalidad, pero se utiliza para -- evaluar la validez total del protocolo. Cuando este puntaje es alto, las demás esca-- las se invalidan, ya sea por descuido del sujeto, o que era incapaz de comprender el significado de los ítems o porque se cometieron errores de anotación o de puntuación.

Un porcentaje bajo de esta escala indica que las respuestas del suje--

to fueron racionales y relativamente pertinentes.

El Puntaje K

Este puntaje es utilizado esencialmente como un factor de corrección para aumentar el poder discriminativo de las escalas clínicas medidas por el inventario y actúa como variable supresor.

El puntaje K_r debe considerarse como una medida de la actitud del sujeto ante la situación prueba. Un puntaje alto en esta escala representa la actitud defensiva contra la debilidad psicológica y muy bien puede referirse a una situación que se relaciona con una distorsión deliberada en dirección de hacer una apariencia más "normal".

Un puntaje bajo en esta escala K_r tiende a indicar que la persona es en alguna forma, manifiestamente cándida y abierta a la autocrítica y a la admisión de síntomas, también puede ser un intento deliberado para obtener un buen puntaje o para causar una mala impresión.

G) ESCALAS CLINICAS.

* * * 1.- ESCALA DE HIPOCONDRIASIS (HS).

La Escala Hs es una medida de la cantidad e interés anormal acerca de las funciones corporales. Las personas con un alto puntaje en esta escala se preocupan indebidamente por su salud, frecuentemente se quejan de dolores y malestares que son difíciles de identificar porque no se encuentra ninguna base orgánica. Es característica del hipocondríaco ser inmaduro en su forma de enfrentarse a sus problemas como persona adulta, teniendo la tendencia a fracasar adecuadamente en la resolución de los mismos. Las quejas del hipocondríaco son diferentes a las del histérico, debido a que los malestares del hipocondríaco son más vagos en el área descriptiva y no muestra evidencia de haber abandonado situaciones no aceptables debido a su sintomatología, como lo hace el histérico. El hipocondríaco generalmente ha tenido una larga historia en la que ha presentado malestares físicos y búsqueda de simpatía.

Con la psicoterapia un puntaje alto puede ser modificado, pero la personalidad básica permanece inmodificable. Enfermedades somáticas comunes no elevan el porcentaje en esta escala en forma considerable, ya que la escala detecta una diferencia entre las personas enfermas somáticamente y los hipocondríacos.

2.- La Escala de Depresión (D).

La Escala D, mide la profundidad del síntoma o de síntomas clínicamente reconocidos como depresión.

La depresión puede ser la perturbación principal del paciente, o --

puede ser acompañada, o ser el resultado de otros problemas de personalidad.

Un puntaje alto en esta escala indica empobrecimiento de la moral, con ciertos sentimientos de inutilidad o incapacidad de asumir optimismo moral en relación con el futuro.

En ciertos casos la depresión puede encontrarse oculta a la observación casual. Esta es la depresión llamada "Sonriente", es revelada en tales casos por el tipo de verbalización específica del paciente y por su postura ante el futuro. Con frecuencia estas personas insisten en que su actitud es solamente realista, puesto que la muerte es inevitable a medida que pasa el tiempo. Aunque ésto pueda ser cierto, la generalidad de las personas no están tan interesadas en los aspectos tristes de la vida, la persona que reacciona "al stress" con depresión, se caracteriza por falta de confianza en sí mismo, tendencia a la preocupación, estrechez de interés e introversión. Esta escala junto con la Hs (1) y Hy (3) identificarán a la mayor parte de aquellas personas que sin encontrarse bajo la atención del médico psiquiatra, comúnmente son clasificados como neuróticos y como sujetos en tal grado anormales que requieren de la atención médica psiquiátrica.

Algunas personas con un alto puntaje en esta escala cambiarán con psicoterapia, pláticas animadoras o al mejorar su medio de vida, pero permanecerán sujetas a otros ataques. La mayor parte no responderán fácilmente al tratamiento, pero sus puntajes disminuirán tendiendo a la normalidad con sólo pasar del tiempo.

3.- La Escala Histeria (Hy)

Esta escala mide el grado en que el sujeto es similar a los pacientes

que han desarrollado síntomas del tipo de histeria de conversión.

Estos síntomas pueden ser quejas generales o sistemáticas, o quejas -- más específicas, tales como parálisis, contracturas musculares, malestares gástricos -- o intestinales o síntomas cardíacos. Los sujetos con un alto puntaje en esta escala -- son también dados a sufrir ataques de debilidad en forma episódica, desmayos o con- -- vulsiones epileptiformes.

Los síntomas definidos a veces no aparecen en una persona que obten- ga un alto puntaje en esta escala, pero dicha persona sujeta a una tensión, puede -- comportarse abiertamente histérica y resolver sus problemas que le perturban, por -- medio del desencadenamiento de síntomas.

Los histéricos son más inmaduros psicológicamente que cualquier -- otro grupo, sus síntomas pueden ser aliviados por alguna conversión de fé o por psico- terapia adecuada, pero siempre existe la posibilidad de que el problema vuelva a -- aparecer si la tensión continua se repite.

Como en el caso de hipocondriasis, el sujeto con un alto puntaje --- Hy puede tener verdadera patología física, ya sea como un resultado primario de la enfermedad concurrente, tal como diabetes o cáncer, o como el resultado secunda- rio de la presencia crónica de síntomas psicológicos, ejemplo: los temores constan- tes son la base del desarrollo de una úlcera gástrica.

4. - Escala de desviación psicopática.

Pd.) Mide la similitud de un sujeto con un grupo de personas, cuya dificultad prin- cipal reside en la ausencia de respuesta emocional profunda, en su incapacidad de- beneficiarse por medio de la experiencia, y en su despreocupación por las normas --- morales de la sociedad.

Aunque a veces es peligroso para consigo mismo y para con otros, estas personas son generalmente agradables e inteligentes, su orientación hacia lo anormal no es detectada frecuentemente hasta que se encuentran en serias dificultades. Pueden comportarse durante muchos años entre una crisis y otra como personas normales. Sus disgresiones más frecuentes de las normas sociales son el mentir, el robar, la adicción al alcohol o a drogas y perversión sexual. Pueden tener cortos períodos de verdadera excitación psicopática o depresión posterior al descubrimiento de una serie de hechos asociales o antisociales.

Se diferencian de algunos tipos criminales en su incapacidad para beneficiarse de la experiencia, como también en que parecen cometer actos asociales con poca consideración, en relación a las ganancias posibles para ellos mismos, o tratar de evitar ser descubiertos.

La psicoterapia no parece ser útil a las personas con alto puntaje en la escala Pd, pero una orientación cuidadosa e inteligente puede conducir a una adaptación adecuada. La hospitalización de los casos más severos probablemente no es más que un medio de protección para la sociedad y el ofensor.

Algunas personas profesionalmente activas, pueden tener un alto puntaje en esta escala, pero sus crisis pueden ser pasadas por alto por los demás, es decir, simuladas exitosamente.

5.- Escala de intereses (MF).

Esta escala mide las tendencias hacia los patrones de intereses masculinos o femeninos. En esta escala un alto puntaje indica una desviación del patrón

de intereses básicos en dirección al sexo opuesto.

Los items de esta escala fueron seleccionados originalmente a través de una comparación de hombres masculinos y afeminados y los de dos sexos.

Se ha encontrado que los hombres con un alto puntaje MF son invertidos sexuales, manifiestos o reprimidos. Sin embargo, la anomalía homosexual no debe ser considerada basándose en un alto puntaje, sin evidencia confirmatoria. En las mujeres los puntajes altos son más difíciles de comprobación clínica, por lo que la interpretación debe ser limitada a la medición del rasgo general.

El puntaje MF es importante en la selección vocacional, en general, es conveniente adaptar a un sujeto vocacionalmente con el trabajo apropiado para su nivel MF.

6.- La Escala paranoia (Pa).

Esta escala fué obtenida al contrastar personas normales con un grupo de pacientes caracterizados por delirios de persecución, sospecha, hipersensibilidad, con o sin erotismo expansivo. El diagnóstico general fué paranoia, estado paranoide o esquizofrenia paranoide.

Existe un buen número de personas con exceso de sospecha paranoide y en muchos casos no se encuentran afectados, por el cuidado que prestan al contestar los items de esta escala.

Es difícil y peligroso hospitalizar o tratar de proteger de otra manera a la sociedad, de los paranoides prepsicóticos, porque dan la apariencia de ser normales cuando se cuidan y rápidamente se convierten en litigantes o toman actitudes ven-

gativas contra alguien que intente controlarles. Un puntaje de 70 a 80 es siempre significativo de perturbación y deberá considerarse en la apreciación clínica.

7.- La Escala Pt.

Esta escala llamada de Psicastenia mide la semejanza entre los sujetos investigados, con pacientes psiquiátricos afectados por fobias o conducta compulsiva. La conducta compulsiva puede ser explícita, como el excesivo lavado de manos, dudas o cualquier otra actividad poco afectiva, pensamientos inútiles, ideas obsesivas. Las fobias incluyen todos los tipos de temores ilógicos de cosas o situaciones, como también reacción extrema a estímulos más razonables. Fobias menores tales como el temor a las serpientes, o las arañas y compulsiones tales como el sentirse forzado a contar objetos, o de regresar a asegurarse de si la puerta fué cerrada, rara vez incapacitan al individuo.

Con frecuencia una tendencia psicasténica puede ser manifestada por depresión leve, preocupación excesiva, falta de confianza en sí mismo o incapacidad para concentrarse.

El patrón básico de personalidad del obsesivo compulsivo es difícil de modificar, pero la comprensión de los propios problemas y el alivio de la tensión en general, pueden conducir a una buena adaptación.

Los puntajes de 70 a 80 representan un grado de anomalía perturbante, pero un medio favorable y otros factores compensatorios para el sujeto pueden mejorar su situación.

8.- La Escala Sc.

Esta escala mide la similitud de las respuestas entre el sujeto investi-

gado y las de aquellos pacientes caracterizados por pensamientos o conducta inusual y extraña. En estos pacientes existe una separación entre la vida subjetiva y la realidad (esquizofrénicos) a tal grado que resulta difícil seguir racionalmente los cambios de modo o de conducta.

Esta escala identifica cerca del 60% de los casos observados y con diagnóstico de esquizofrenia. No identifica algunos casos de esquizofrenia paranoide, pero estos obtienen un puntaje alto en la escala Pa.

La mayor parte de los perfiles que muestran un puntaje alto de la escala Sc, también mostrarán otras escalas altas.

9.- La Escala Ma Hipomanía.

Esta escala mide el factor de personalidad característico de los sujetos con marcada productividad de pensamiento y acción. El sujeto hipomaniaco da la apariencia de estar ligeramente fuera de lo normal.

El sujeto hipomaniaco es activo y entusiasta, a veces se puede deprimir. Sus actividades pueden interferir con las de otras personas en sus intentos de lograr reformas sociales, en su entusiasmo por promover proyectos en los que después pierde interés, o en su poco interés en los principios sociales establecidos. Debido a esta última condición, se puede meter en dificultades con la ley. A un buen número de pacientes hipomaniacos se les ha dado el diagnóstico de personalidad psicopática. Esta escala identifica cerca del 60% de los casos diagnosticados. Aún en casos extremos se observa que mejoran con solo el pasar del tiempo, pero su condición tiende a reaparecer periódicamente.

0. - La Escala de intereses sociales (Si).

Esta escala tiende a medir la tendencia a aislarse del contacto social con otros, no es una escala clínica que requiera ser utilizada solo con pacientes hospitalizados, pues se utiliza con gente normal y se ha empleado mucho en trabajo de orientación.

Puntajes altos en esta escala han marcado la pauta para distinguir estudiantes universitarios que se dedican a unas pocas actividades extracurriculum de los que se dedican a muchas actividades.

CAPITULO II .

"COMPARACION DE LA PRUEBA M.M.P.I. EN DIVERSOS GRUPOS CLINICOS".

CONTENIDO:

- A).- Formulación de Hipótesis .
- B).- Características de la muestra .
- C).- Material y procedimiento usados .
- D).- Resultados Obtenidos .

CAPITULO II

"COMPARACION DE LA PRUEBA M.M.P.I. EN DIVERSOS GRUPOS CLINICOS".

A).- FORMULACION DE HIPOTESIS.

En virtud de haber utilizado dos grupos clínicos y uno de Control para el análisis de las escalas del M.M.P.I., hemos desarrollado las siguientes Hipótesis Nulas:

A).- Que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes encontrados para cada una de las escalas del M.M.P.I. entre el grupo "Control" (X_1) y el grupo "Orgánico" (X_2)

B).- No existe diferencia estadísticamente significativa, en los puntajes para cada una de las escalas del M.M.P.I. entre el grupo "Control" (X_1) y el grupo "Esquizofrénico" (X_3).

C).- No existe diferencia estadísticamente significativa, en ninguno de los puntajes de las escalas del M.M.P.I. entre el grupo "Orgánico" (X_2) y el grupo "Esquizofrénico" (X_3).

Para el análisis estadístico de nuestros datos fué utilizada la prueba "t" de Student, usada para grupos aparejados y estableciéndose la comparación. entre los tres grupos estudiados en cada una de las variables.

Como puede observarse hemos preferido establecer esta hipótesis, - considerando la posibilidad, de que los datos clínicos reportados en otros estudios concernientes a las características encontradas en otros países (1) mostrarán diferencias respecto a nuestros grupos estudiados.

(1) An Atlas for the Clinical use of the M.M.P.I.S.R. Hathaway y P. Meehl- 1961. 3a. Ed. Prensa de la Universidad de Minnesota.

B).- CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA:

La muestra utilizada en nuestro estudio fué obtenida de pacientes psiquiátricos, internados en el pabellón Piloto del Manicomio general de la Castañeda. Fueron escogidos al azar 20 sujetos con diagnóstico de "Esquizofrenia" y de los que se registraron sus características con relación a edad, escolaridad, estado civil, y ocupación con el objeto de compararlo con un grupo de 20 sujetos con diagnóstico de padecimiento "orgánico", internados en el mismo pabellón y con características similares en cuanto a las variables consideradas.

El grupo "Control" fué obtenido de sujetos trabajadores de la empresa Ferrocarriles Nales. de México, cuidando que las variables bajo control fueran similares. Los 20 sujetos que integraron este grupo, fueron tomados de los asistentes a la consulta externa en la "Hospital de Colonia" y para los tres-grupos se utilizó la forma completa de 566 frases.

C).- MATERIAL Y PROCEDIMIENTO USADOS:

El material usado en la aplicación del test multifásico de la personalidad de Minnesota: Inventario de frases, plantillas de calificación, hojas de respuesta y hojas de calificación, fueron obtenidas a través de la Psychological Corporation de New York.

D).- SISTEMA DE CALIFICACION.

Se utilizó el sistema de calificación de plantillas perforadas, en número de 12. Cada plantilla posee tantas perforaciones como respuestas deber valorarse en la escala a la que pertenece, colocando cada una en la hoja de respuesta, se contaron a través de las perforaciones las marcas hechas por el sujeto de prueba y se anotó el total en el lugar correspondiente a cada escala en la hoja de calificación.

El puntaje para la escala "L" se obtuvo contando del número 1 al 285, las respuestas anotadas como falsas de cada 15.

Para la escala de interrogante, se contaron las respuestas sin contestación, pero en éstos no hubo ninguna omisión.

Así se obtuvo el puntaje "crudo" que fué transformado en puntaje "T" sumándoles a las siguientes escalas la fracción del puntaje obtenido para la escala K como está indicado en la tabla que viene a la derecha del espacio para gráfica en la hoja de calificación.

1.- Hs ----- .5K

4.- Pd----- .4K

7.- Pt----- 1K

8.- Sc----- 1K

9.- Ma.----- .2K

Con estos puntajes se procedió a hacer la gráfica y después el código, escribiendo en orden decreciente de puntaje obtenido, el número de las

10 escalas clínicas y a continuación dejando un pequeño espacio, se escribieron los puntajes de las 3 escalas de Validación L. F. K., separando el puntaje de cada una con dos puntos un puntaje de otro.

A continuación se presentan los cuadros en que quedaron conformadas las características con su respectivo código de cada sujeto, seleccionada por grupo:

GRUPO CONTROL (X₁)

	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Empleo	Código	
1.-	21	Primaria	Soltero	Garrotero	2'9 <u>54307</u>	9:3:15
2.-	29	3o. Preparatoria	Casado	Estudiante	71- <u>046932</u>	9:5: 9
3.-	28	Primaria	Casado	Oficinista	9' <u>8167-4</u>	6:9:10
4.-	23	Preparatoria	Soltero	Garrotero	12' <u>308946</u>	9:8:12
5.-	25	Secundaria	Soltero	Garrotero	12' <u>4930687</u>	8:12:14
6.-	30	Primaria	Soltero	Garrotero	6' <u>82410- 97</u>	4:12:8
7.-	30	Secundaria	Casado	Oficinista	280' <u>964-13</u>	8:11:5
8.-	29	Secundaria	Casado	Oficinista	816' <u>723049</u>	8:14:16
9.-	45	Primaria	Casado	Chofer Amb.	'2586 <u>741 -9</u>	5:14:7
10.-	21	Primaria	Soltero	Mecánico	8' <u>9025647</u>	5:14:7
11.-	20	Primaria	Casado	Garrotero	9' <u>42863071</u>	4:10: 8
12.-	20	Secundaria	Soltero	Ayte. Carpintero	42' <u>87169305</u>	4:13:12
13.-	21	Primaria	Soltero	Ayte. Mecánico	8' <u>721650439</u>	9:14:16
14.-	19	Primaria	Soltero	Ayte. Mecánico	31' <u>28654709</u>	4:11:13
15.-	43	Primaria	Casado	Oficinista	925' <u>780341</u>	9:10:14
16.-	33	Primaria	Casado	Ayte. Mecánico	2' <u>71-45609</u>	3:12: 8

17.-	26	Secundaria	Soltero	Mecánico	<u>12'8376540-9</u>	5: 5:14
18.-	38	Primaria	Casado	Maquinista	21' <u>38754906</u>	8: 8:14
19.-	17	Secundaria	Soltero	Estudiante	'281 <u>9047</u>	6:11:14
20.-	28	Primaria	Casado	Garrotero	9'207	9: 6:12

Grupo "Orgánico". (X₂).

	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Empleo	Diagnóstico	Código	
1.-	20	Primaria	Soltero	Pulidor Pisos	Epilepsia	694"81"7"32	6:7:12
2.-	29	Primaria y 3o.Sec.	Soltero	Mecánico	Epilepsia	61"23"9"78-40	5:10:11
3.-	28	Primaria	Casado	Empleado	Alcoholismo C.	64"8"23971-0	3:11:11
4.-	23	2o. Secundaria	Soltero	Mecánico	Epilepsia	317"6"2'	5:10:11
5.-	30	Primaria	Soltero	Campesino	Débil mental	12"3"6'47-0	6:15:9
6.-	30	Secundaria	Casado	Comerciante	Epilepsia	6"91"24'837	4:9:10
7.-	30	Secundaria	Casado	Obrero	Epilepsia	69"2"81'30	8:11:9
8.-	29	Secundaria	Casado	Comerciante	Alcoholismo C.	64"2"9"31'87	6:13:6
9.-	45	2o. Primaria	Casado	Cargador	Epilepsia Psicomotriz	2"163"945-08	7:15:12
10.-	23	Primaria	Soltero	Campesino	Oligofrenia	8"76912-42	2:12:11
11.-	20	Primaria	Casado	Campesino	Oligofrenia	6"2"891	2:10:11
12.-	19	2o. Secundaria	Soltero	Comerciante	Epilepsia	6"4"1"72893-0	7:6:6
13.-	19	Primaria	Soltero	Campesino	Débil mental	7"42"13'890	6:13:6
14.-	19	Primaria	Soltero	Comerciante	Síndrome convulsivo	4"231"6'78	7:15:9
15.-	40	Primaria	Casado	Tapicero	Polineuritis Alcohólica.	9"8"26'4713	5:9:7
16.-	34	Primaria	Casado	Albañil	Síndrome convulsiva, causa desconocida.	86"97541'23-0	7:9:12

Grupo "Orgánico" (X₂)

17.-	26	2o. Preparatoria	Soltero	Maquetista	Epilepsia Psicomotriz	62 "" <u>93</u> ""8'4-0	8:15:8
18.-	38	Primaria	Casado	Comerciante	Delirium Tremes	64 ""8"2'3 <u>197</u> -0	6:12:8
19.-	16	Primaria	Soltero	Comerciante	Epilepsia	126 ""9"4'	4:9:10
20.-	28	Primaria	Casado	Empleado	Epilepsia Psicomotriz	123 ""7" <u>8906</u>	10:15:10

Grupo Esquizofrenia (X_3)

	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Empleo	Diagnóstico	Código	
1.-	21	Normal	Soltero	Profesor Primaria	Esquizofrenia Simple	69"2"1"8'4-37	9:10:4
2.-	28	Primaria	Casado	Telegrafista	Esquizofrenia Paranoide	6"2"9"8'-70	5:12:8
3.-	30	Primaria	Casado	Obrero	Esquizofrenia Paranoide	62"9"87'1-4-03	1:15:10
4.-	23	Secundaria	Soltero	Comerciante	Esquizofrenia Simple	69"2"8"1-73	5:10:9
5.-	26	2o. Secundaria	Soltero	Comerciante	Esquizofrenia Paranoide	6"8247931	2:15:10
6.-	30	Primaria	Casado	Técnico en T.V.	Esquizofrenia Paranoide	69"2"318'4-7	9:10:9
7.-	29	Primaria	Casado	Técnico en T.V.	Esquizofrenia Ebefrénica	69"2"8"-407	9:15:5
8.-	29	1o. de Leyes	Soltero	Empleado	Esquizofrenia Paranoide	629"18'43	3:13:12
9.-	45	4o. Primaria	Casado	Chofer	Esquizofrenia Paranoide	692"8'1-7304	2:10:10
10.-	20	Primaria	Soltero	Vendedor	Esquizofrenia Paranoide	629"8'4-0	3:15:7
11.-	19	Primaria	Soltero	Mecánico Auto- motriz.	Esquizofrenia Ebefrénica	62"9"38"4'71-0	4:11:9
12.-	20	Secundaria	Soltero	Carnicero	Esquizofrenia Paranoide	62"9"813-0	7:10:11
13.-	19	Primaria	Soltero	Campeño	Esquizofrenia Paranoide	12"8"6'47-0	6:15:9
14.-	17	Primaria	Soltero	Estudiante	Esquizofrenia Paranoide	62"948"1'3-7	4:14:10
15.-	43	3o. Primaria	Casado	Pescador	Esquizofrenia Paranoide	69"2"8"1'743	8:12:9
16.-	33	Primaria	Casado	Almacenista	Esquizofrenia Paranoide	6"8'179-0	2:10:7
17.-	26	2o. Preparatoria	Soltero	Fotógrafo	Esquizofrenia Catatónica	6"29"1'3-4	6:9:8

	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Empleo	Diagnóstico	Código	
18.-	38	Primaria	Casado	Guía Turistas	Esquizofrenia Paranoide	6289""1'4-0	5:15:11
19.-	16	5o. Primaria	Soltero	Estudiante	Esquizofrenia Paranoide	6""9183-0	6:10:8
20.-	28	Primaria	Casado	Militar	Esquizofrenia Aguda	2""8"631'4-097	8:15:12

TABLA I

D) RESULTADOS OBTENIDOS.

X_1 = Grupo Control

X_2 = Grupo Orgánico

X_3 = Grupo Esquizofrénico

Comparación	Variable Hs. "t"	P
$X_1 - X_2$	4.1	$< .001$
$X_1 - X_3$	.73	No significativa
$X_2 - X_3$	.27	No significativa.

	Variable D.	
$X_1 - X_2$	2.8	$< .005$
$X_1 - X_3$	.73	No significativa
$X_2 - X_3$	.27	No significativa

	Variable Hy.	
$X_1 - X_2$	2.7	$< .01$
$X_1 - X_3$	.42	No significativa
$X_2 - X_3$	2.8	$< .005$

Comparación

"t"

P

Variable Pd.

$X_1 - X_3$

2.1

$< .025$

$X_1 - X_3$

.25

No significativa

$X_2 - X_3$

2.2

$< .025$

Variable M. F.

$X_1 - X_2$

.96

No significativa

$X_1 - X_3$

2.3

$< .025$

$X_2 - X_3$

.42

No significativa

Variable Pa.

$X_1 - X_2$

4.4

$< .001$

$X_1 - X_3$

12.4

$< .001$

$X_2 - X_3$

4.0

$< .001$

Variable Pt.

$X_1 - X_2$

3.0

$< .005$

$X_1 - X_3$

1.05

No significativa

$X_2 - X_3$

4.2

$< .001$

Comparación

"t"

P

Variable Sc.

$X_1 - X_2$

3.6

$< .001$

$X_1 - X_3$

4.4

$< .001$

$X_2 - X_3$

.54

No significativa.

Variable Ma.

$X_1 - X_2$

3.2

$< .005$

$X_1 - X_3$

14.4

$< .001$

$X_2 - X_3$

3.6

$< .005$

Variable Si.

$X_1 - X_2$

2.7

$< .01$

$X_1 - X_3$

3.0

$< .005$

$X_2 - X_3$

.14

No significativa

TABLA II.

DESVIACION MEDIA Y DESVIACION ESTANDARD DE LOS TRES GRUPOS, OBTENIDAS EN LAS 10 ESCALAS.

ESCALAS	GRUPOS	DESVIACION MEDIA \bar{X}	DESVIACION ESTANDARD σ_{II}
Hipocondriasis	(X ₁) "Control	10.8	2.56
Hipocondriasis	(X ₂) Orgánicos	18.7	8.1
Hipocondriasis	(X ₃) Esquizofrénicos	12.6	4.6
Depresión	(X ₁) Control	24.0	3.9
Depresión	(X ₂) Orgánicos	31.9	11.9
Depresión	(X ₃) Esquizofrénicos	36.2	71.9
Histeria	(X ₁) Control	19.4	5.7
Histeria	(X ₂) Orgánicos	26.2	9.2
Histeria	(X ₃) Esquizofrénicos	18.5	7.6
Desviación Psicopática	(X ₁) Control	18.35	3.3
Desviación Psicopática	(X ₂) Orgánicos	23.5	10.5
Desviación Psicopática	(X ₃) Esquizofrénicos	18.0	5.2
Intereses Masculinos y Femeninos	(X ₁) Control	24.55	3.8
Intereses masculinos y femeninos	(X ₂) Orgánicos	23.1	6.5
Intereses Masculinos y femeninos	(X ₃) Esquizofrénicos	22.3	3.25
Paranoia	(X ₁) Control	7.5	8.15
Paranoia	(X ₂) Orgánicos	22.75	12.8
Paranoia	(X ₃) Esquizofrénicos	36.05	11.4
Psicastenia	(X ₁) Control	16	5.1
Psicastenia	(X ₂) Orgánicos	20.5	4.2
Psicastenia	(X ₃) Esquizofrénicos	14.3	5.3
Esquizofrenia	(X ₁) Control	17.55	6.7
Esquizofrenia	(X ₂) Orgánicos	25.6	6.8
Esquizofrenia	(X ₃) Esquizofrénicos	26.85	6.7
Manía	(X ₁) Control	17.45	4.2
Manía	(X ₂) Orgánicos	25.15	10.0
Manía	(X ₃) Esquizofrénicos	32.2	1.3
Intereses Sociales	(X ₁) Control	31.8	18.3
Intereses Sociales	(X ₂) Orgánicos	19.9	14.6
Intereses Sociales	(X ₃) Esquizofrénicos	19.6	3.6



The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starke R. Hathaway and J. Charnley McKinley

Name _____

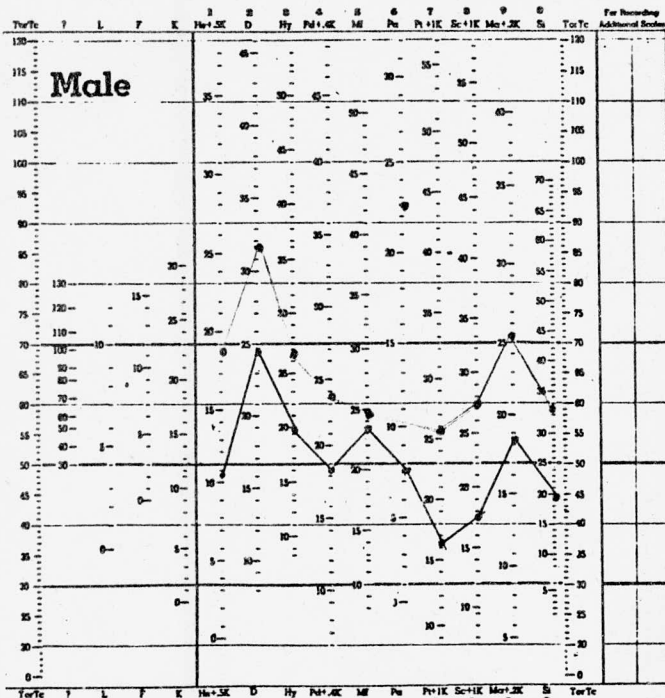
Address _____

Occupation _____ Date Tested _____

Education _____ Age _____

Marital Status _____ Referred by _____

Scorer's Initials _____



	1	2	3
10	15	11	8
20	15	11	8
30	15	11	8
40	15	11	8
50	15	11	8
60	15	11	8
70	15	11	8
80	15	11	8
90	15	11	8
100	15	11	8
110	15	11	8
120	15	11	8
130	15	11	8

Relación que guarda la \bar{X} en los grupos (X_1) y (X_2) .

Score _____
 K to be added _____
 Raw Score with K _____



Relación que guarda la \bar{X} en los grupos (X_1) y (X_2) .

Signature _____ Date _____

Profile and Case Summary

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starke R. Hathaway and J. Charnley McKinley



Name _____

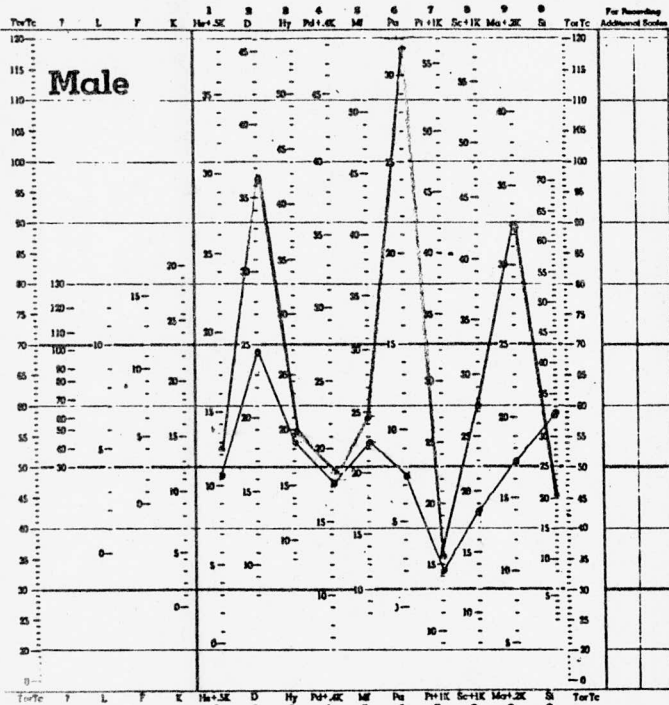
Address _____

Occupation _____ Date Tested _____

Education _____ Age _____

Marital Status _____ Referred by _____

Scorer's Initials _____



Number of S	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

NOTES

Relación que guarda la desviación Media \bar{X} en los grupos

(X_1) y (X_3)

Score _____
 K to be added _____
 Raw Score with K _____



Relación que guarda la desviación media \bar{X} en los grupos (X_1) y (X_3)

Signature _____ Date _____

Profile and Case Summary

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starke R. Hathaway and J. Charnley McKinley



Name _____

Address _____

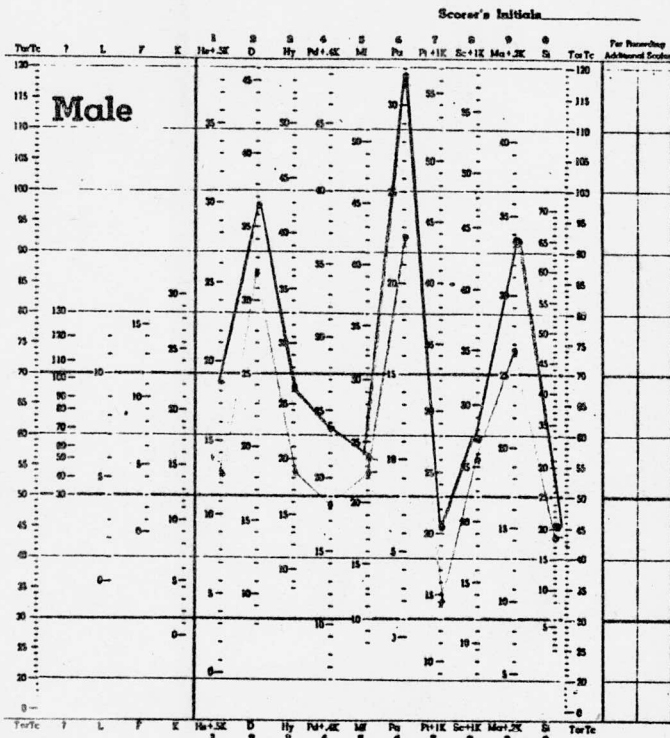
Occupation _____ Date Tested _____

Education _____ Age _____

Marital Status _____ Referred by _____

NOTES

Relación que guarda la X
en los grupos (X₂) y (X₃)



Division of 5	1	2	3	4	5
20	15	12	8	5	2
30	14	10	6	3	0
40	14	11	8	5	2
50	14	11	8	5	2
60	13	10	7	4	1
70	13	10	7	4	1
80	13	10	7	4	1
90	13	10	7	4	1
100	13	10	7	4	1
110	13	10	7	4	1
120	13	10	7	4	1

Score _____
K to be added _____
Raw Score with K _____



Relación que guarda la X en los grupos
(X₂) y (X₃)

Signature _____ Date _____

CAPITULO III :

Contenido

- A).- Análisis e interpretación de resultados.
- B).- Sumario y conclusiones.
- C).- Sugestiones de Investigación futura
- D).- Bibliografía.

A).- Análisis e interpretación de datos:

El presente trabajo constituye un estudio preliminar que consideramos necesario, como antecedente a cualquier intento sistemático de estandarización y validación de la prueba M.M.P.I., a México, especialmente en aquella área aplicada a los problemas clínicos.

Debemos considerar aquí dos cuestiones por analizar:

A).- Relacionada con aspectos técnicos y prácticos.

B).- Referida a aspectos teóricos. Por supuesto que éstos subordinados en su valor a los primeros.

El primer análisis ha sido realizado comparando los resultados obtenidos en las 10 escalas clínicas de dicha prueba de un grupo "Control", con los resultados obtenidos en las mismas 10 escalas clínicas, de dicha prueba en un grupo de pacientes con diagnóstico de "orgánicos", a través de la prueba "t".

El segundo análisis se efectuó haciendo la comparación de los resultados en las 10 escalas clínicas del grupo "control", con los resultados obtenidos en las mismas escalas del grupo de "esquizofrénicos".

El tercer análisis fue hecho comparando los resultados en dicha escalas del grupo "orgánicos", con "esquizofrénicos", a través de la misma prueba "t" Student.

Cada grupo quedó formado por 20 sujetos. Dado que el primer análisis consistía en la necesidad de probar la efectividad de la prueba, con objeto de

discriminar un grupo de sujetos con trastornos de conducta, muy significativos de otro que no los presentara, se buscó un grupo "control".

El criterio de "normalidad" de este grupo radicó simplemente, en el hecho de que no presentaban los sujetos que así lo conformaron, trastornos psicóticos u orgánicos cerebrales apreciables en el estudio clínico.

Se buscó aparejar los tres grupos formados por 20 sujetos cada uno en cuanto a las variables de edad, escolaridad, estado civil y ocupación.

Análisis e Interpretación de datos.

Para el análisis de nuestros datos, observaremos los resultados registrados en la tabla 1, e iniciaremos nuestro estudio con la primera hipótesis, comparando al grupo "Control" (X_1) con el grupo "Orgánico" (X_2).

Como puede observarse encontramos que la variable (H_s), Hipocondriasis, mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos siendo los puntajes más altos para el grupo orgánico.

En la variable (D) Depresión, encontramos también una diferencia significativa, entre ambos grupos con mayores puntajes para el grupo "orgánico".

En la variable (H_y) Histeria, se obtuvieron también diferencias estadísticamente significativas, entre ambos grupos, con puntajes mayores para el grupo "orgánico".

Como se observa en la tabla, en la variable (M_f) Intereses Masculinos y Femeninos, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En las variables (Pa.) Paranoia, (Pt) Psicastenia, (Sc.) Esquizofrenia y (Ma) Manía, si se encontraron diferencias significativas y los mayores puntajes fueron para el grupo de "orgánicos". Mientras que en la variable (Si) Intereses sociales, la diferencia estadísticamente significativa encontrada, mostró puntajes mayores para el grupo "control".

Por lo expuesto anteriormente, rechazamos la hipótesis Nula, ya que encontramos diferencias estadísticamente significativas, para nueve de las 10 escalas clínicas estudiadas.

En la comparación hecha del grupo "Control" (X₁), con el grupo "Esquizofrénico" (X₃) puede observarse lo siguiente:

En la variable (D) Depresión, la comparación hecha entre ambos grupos, ofrece diferencias estadísticamente significativas con puntajes altos para el grupo "esquizofrénicos".

En la escala (Hy) Histeria, se observa una diferencia significativa, con puntajes altos para el grupo de "esquizofrénicos".

En la variable (Pd) Desviación Psicopática, no se observan diferencias significativas entre ambos grupos.

En las siguientes escalas la comparación efectuada entre ambos grupos nos muestra una diferencia estadísticamente significativa con puntajes más altos para el grupo "esquizofrénicos", y son: (Mf.) Intereses masculino y femenino, (Pa) Paranoia, (Pt.) Psicastenia, (Sc.) Esquizofrenia y (Ma.) Manía.

En la escala (Si.) Intereses Sociales, la diferencia fué significati--

va, con mayores puntajes para el grupo "control".

Comparando al grupo "orgánicos" (X_2) con el grupo "esquizofrénicos" (X_3) encontramos diferencias significativas estadísticamente en las siguientes escalas:

(Hs) Hipochondriasis la diferencia fué significativa, mostrando puntajes altos para el grupo "Orgánicos".

La Escala (D) Depresión, no mostró diferencias significativas entre ambos grupos.

En la escala (Hy.) Histeria, se observa diferencia significativa entre ambos grupos con puntaje altos para el grupo "orgánicos", en la escala (Pd.)-- desviación psicopática, la diferencia fué también significativa con puntajes más elevados para el grupo "orgánicos".

Las escalas (Mf.) y (Pt.), ofrecieron diferencias estadísticamente significativas, con puntajes mayores para el grupo "orgánicos".

La comparación efectuada entre ambos grupos en las siguientes escalas muestra diferencias significativas, con puntajes altos para el grupo "esquizofrénicos": Paranoia, Esquizofrenia y Manía.

En la escala de intereses sociales, no se aprecia diferencia significativa, ambos grupos obtuvieron puntajes muy bajos.

Se encontraron diferencias significativas al nivel que se expresa en la tabla, en las variables siguientes:

En las variables de intereses masculinos y femeninos, con puntajes mayores para el grupo "control". En la variable de intereses sociales, con puntajes

más altos también para el grupo "control".

En las variables Paranoia, esquizofrenia, y manía las diferencias significativas encontradas fueron debidas a puntajes más altos en el grupo "esquizofrénico" (X_3).

De la comparación hecha entre el grupo "orgánicos" (X_2) y el "esquizofrénico" (X_3), se obtuvieron los siguientes resultados: existen diferencias en las variables histeria, desviación psicopática, psicastenia, con puntajes más altos para el grupo "orgánico", mientras que en las variables paranoia y manía mostraron puntajes significativamente más altos el grupo "esquizofrénicos".

La tabla No. 2, muestra las medias aritméticas y desviaciones estándar para cada uno de los grupos en las 10 escalas clínicas estudiadas.

DISCUSION: Como podemos observar las hipótesis nulas formuladas en el renglón respectivo de esta tesis, fueron rechazadas en lo general, ya que la diferencia entre el grupo "orgánicos", y el "control", fué notable en 9 de las 10 escalas; y al comparar el grupo "esquizofrénico", con el control", se encontraron diferencias en cuatro escalas.

Los grupos "orgánico" y "esquizofrénico", a su vez mostraron diferencias entre ellos en cinco escalas.

De aquí concluimos que el grupo "orgánico", es el que muestra muchas más diferencias con el grupo "control", y de acuerdo con las expectativas encontramos que todas las variables investigadas y anotadas en el primer capítulo de -

esta tesis, muestran mayor puntaje con excepción de las escalas de Intereses Sociales, donde el grupo "control", mostró puntajes más altos.

Como expresamos en el análisis de los datos, la diferencia entre los dos grupos clínicos estudiados se encuentra en las escalas de Histeria, Desviación - Psicopática, Psicastenia, igual que para las variables Paranoia y Manía, que habrán de servir para el diagnóstico diferencial.

B).- SUMARIO Y CONCLUSIONES.

Se ha utilizado en este estudio la prueba "Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota", de S.R. Hathaway y J.C. McKinley.

El estudio comprendió la comparación de 60 sujetos, 20 de los cuales formaron el grupo "control", y fueron trabajadores de la empresa Ferrocarriles Nacionales de México. Los otros 40, se tomaron del pabellón "Piloto" del Manicomio - General de la ciudad de México, al principio del estudio, que fué continuado en el piso correspondiente al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Los resultados mostraron diferencias en 9 de las 10 escalas estudiadas, entre el grupo "orgánico", y el grupo "control", y 4 entre el grupo "control" y el "esquizofrénico".

Cinco de las escalas resultaron eficientes para discriminar entre el grupo "esquizofrénico" y el "orgánico".

Como observaremos en este estudio preliminar, los hallazgos son suficientes para concluir:

A).- Que la prueba M.M.P.I., constituye un instrumento útil para la diferenciación de grupos clínicos Psiquiátricos, y grupos sin alteración mental.

B).- Que es posible encontrar en esta prueba suficientes elementos para el diagnóstico diferencial, entre los dos grupos clínicos estudiados.

C).- Sugestiones de Investigación futura.

En adelante y como sugestión de investigación futura, deberán realizarse otros estudios, que incluyen una mayor variedad de grupos clínicos que permitan afinar el diagnóstico diferencial entre ellos.

La Prueba por tanto constituye un instrumento útil, no solamente para el diagnóstico, sino además para el control en la evolución del paciente, y podrá servir como un elemento útil en la evaluación de los tratamientos instituidos respecto a las diversas áreas del comportamiento, consideradas en la prueba total.

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Anastasi Anne.- Test psicológicos. Edit. Aguilar, S. A. Madrid (España) 1966.
- 2.- Cottle W.C. the M.M.P.I. A. Review. La Wrence Kansas: U or Kansas -- Press 1953.
- 3.- Cottle W.C. and Powell J.O. the effect of random answers to the M.M.P.I. Educ. Psychol Meas. No. 2 11:224-227, 1951.
- 4.- Holzberg J.D. and Alessi S. Realiability of the Shortened M.M.P.I. J. Consult Psychol 13:288-292, 1949.
- 5.- Hathaway S.R. and Mckinley J.C. Manual for the M.M.P.I. New York -- Psychol Corp. 1945 - 1961.
- 6.- Hathaway S.R. and Meehl P.E. An Atlas for the clinical usse of the M.M. P.I. Minneapolis U of Minn. Press-1951.
- 7.- Meehl P.E. configural scoring J. consult. Psichol 14:16 5-171, 1950.
- 8.- Meehl P.E. Profile analysis of the M.M.P.I. in differential diagnosis J. -- appl. Psychol 30 517-524 1946.
- 9.- P. Noyes A. y C. Kolb L. Psiquiatría Moderna. 3a. Edición Prensa Médica Mexicana 1966.
- 10.- Wolman B. Teorías y Sistemas contemporáneos en Psicología Ed. Grijalbo, S. A. Barcelona Esp. 1965.
- 11.- Welsh y W.A. Dahlstrom.- Basic readings on the M.M.P.I. in Psychology and Medicine G.S. 3a. Ed. 1963. Prensa de la Universidad de Minnesota.