



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD DE SUJETOS DE
LA TERCERA EDAD MEDIDOS A TRAVES DEL MMPI-2"

TESIS

Que para obtener el Título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTAN:

CARLOS ARENA Y ALONSO
ELBA OLEA LUGO

Director de Tesis:

Mtra. Amada Ampudia Rueda

Revisor:

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo



1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco su comprensión y apoyo:

A mis compañeros

A mis maestras y maestros

A mi esposa

A mis hijos

A mis tíetos

A mis amigos

y

A Elba por aceptar compartir conmigo esta investigación.

Carlos

*A Juan de Dios.
Por el amor, apoyo y comprensión.*

*A mis padres
A mis hermanos
A Karlita
Que saben cuánto los amo*

*A Carlos
Por haberme permitido trabajar y aprender de él*

Elba

Agradecimientos

Agradecemos a las siguientes personas por la ayuda que nos brindaron durante la realización de esta investigación

A la Dra. Emilia Lucio

Por su apoyo y oportunas observaciones y por darnos la oportunidad de pertenecer a su equipo de investigación

A la Mtra. Amada Ampudia

Por su ayuda y apoyo durante la dirección de este trabajo y por permitirnos compartir con ella sus conocimientos

A nuestros sinodales, por sus oportunas sugerencias

Mtra. Fayné Esquivel Ancona

Mtra. Cristina Heredia Ancona

Mtra. Martha Cuevas Abad

A la Lic. Elsa Elena Olea Lugo
Por el apoyo en la elaboración del presente trabajo

Al Lic. Julio Sánchez Vargas
Director General del Instituto Nacional de la Senectud

Al Dr. Oscar Manuel Adán Guerrero
Director de Asistencia del INSEN

Al Lic. Juan Carlos González Llamas
Subdirector de Investigación y Desarrollo Social del INSEN

A la Lic. Claudia Soto Morga
A la Lic. Sylvia Sofía Sánchez Barrón
Que nos permitieron obtener la muestra de sujetos
del Instituto Nacional de la Senectud

Agradecemos además, a los sujetos que voluntariamente se
prestaron a realizar la prueba para esta investigación

A Luchita
Por el café

La realización de la presente investigación
fue posible gracias al apoyo del proyecto
CONACYT No. 3722S9312

RESUMEN

En este estudio de tipo exploratorio, se utilizó el MMPI-2 en su versión en español (Lucio y Reyes 1992), con la finalidad de conocer las características de personalidad de los sujetos de la tercera edad. Se calculó la prueba "t de Student" para ver si existían diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de la media de las escalas del instrumento, entre los sujetos de la tercera edad y el grupo normativo de estudiantes universitarios mexicanos obtenida por Lucio y Reyes (1992).

Para este estudio, la muestra estuvo constituida por 157 sujetos, de los cuales 97 corresponden al sexo femenino y 60 al sexo masculino. Los resultados indican que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las escalas de validez y clínicas básicas, de contenido y suplementarias del MMPI-2 entre ambos grupos. Las escalas de validez y clínicas básicas en las que existen diferencias estadísticamente significativas son: L, F, Hs, D, Mf, Pa, Es e Is; las diferencias en las escalas de contenido son: MIE, OBS, SAU, BAE, ISO y RTR y en las escalas suplementarias: A, R, Fyo, Do, GM, GF y Fp.

Se concluye que aunque clínicamente los perfiles de ambos grupos son muy similares, sí existen diferencias estadísticamente significativas, ya que las diferencias individuales de ambos grupos son evidentes y donde la senectud como fase del ciclo vital tiene, al igual que otras fases, algunos elementos de alteración de la personalidad que son específicos y propios de ese grupo de edad. Se corrobora que el instrumento es una herramienta psicológica útil en la evaluación clínica y que puede ser aplicado satisfactoriamente a la población de ancianos para posteriormente abordar al individuo y prestarle ayuda de una manera integral.

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD DE SUJETOS DE LA TERCERA EDAD MEDIDOS A TRAVES DEL MMPI-2

INDICE

INTRODUCCION

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES		1
CAPITULO I	PERSONALIDAD	15
1.1.	Antecedentes Históricos de la Personalidad	16
1.2.	Teorias de la Personalidad	18
1.3.	Teoria de rasgos y factorial	22
CAPITULO II	CICLO VITAL	29
CAPITULO III	SENECTUD O VEJEZ	33
3.1.	Definiciones	34
3.2.	Teorias acerca del envejecimiento	36
3.3.	Aspectos biológicos de la vejez	38
3.4.	Aspectos psicológicos de la vejez	40
3.5.	Aspectos sociales de la vejez	45
3.5.1	Teorias que explican la relación del individuo y la sociedad	47
3.5.2	Teorias que explican la adaptación del sujeto a su vejez	48
CAPITULO IV	EL MMPI	53
4.1.	El MMPI y su desarrollo	53
4.1.1	Desarrollo de escalas básicas y de validez	54
4.1.2	Enfoque actual de la utilización del MMPI	57
4.2.	El MMPI-2 y su desarrollo	59
4.2.1	Motivos para la modificación del MMPI	59
4.2.2	Metas de la reestandarización del proyecto	60
4.2.2.1.	Proceso de elaboración del folleto experimental	61
4.2.2.2.	Recopilación de muestras nuevas y antecedentes normativos	62
4.2.3	Estructuración final del protocolo	63
4.3.	Estudios de normalización, confiabilidad y validez del MMPI-2 en el extranjero	64
4.4.	Estudios de normalización, confiabilidad y validez del MMPI-2 en México	68
CAPITULO V	METODOLOGIA	71
5.1.	Justificación	71
5.2.	Planteamiento del problema	72

5.3.	Hipótesis	72
5.3.1	Hipótesis conceptual	72
5.3.2	Hipótesis específicas	72
5.4.	Variables	73
5.4.1	Variable independiente	73
5.4.2	Variable dependiente	73
5.4.3	Variables atributivas	73
5.4.3.1	Edad	73
5.4.3.2	Sexo	73
5.4.3.3	Estado civil	74
5.4.3.4	Escolaridad	74
5.5.	Definición de variables	74
5.6.	Muestra	75
5.7.	Tipo de estudio	76
5.8.	Diseño de investigación	76
5.9.	Instrumento	77
5.10.	Procedimiento	90
5.11.	Análisis de datos	92
CAPITULO VI	RESULTADOS	95
	Descripción de resultados	95
CAPITULO VII	DISCUSION	117
	CONCLUSIONES	127
	ALCANCES	133
	LIMITACIONES	135
	SUGERENCIAS	137
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	139
	APENDICE	147

INTRODUCCION

El ser llamado *viejo*, es algo que a la mayoría de las personas de edad avanzada no les agrada, es por eso que se les designa como personas de la tercera edad. A esta etapa se le llama también senectud, que es el periodo de la vida en cual se llega a ser anciano.

Diferentes autores clasifican a las personas mayores de diferente forma, por ejemplo Neugarten (1975), se refiere a una categoría de personas de 55 a 75 años a quienes llama los viejos-jóvenes, que se diferencian de la edad mediana porque ya han dejado de trabajar tiempo completo, y que también se diferencian de los viejos-viejos porque continúan con una vida social activa.

A través de la revisión bibliográfica que se llevó a cabo para el presente estudio, se encontró que existen muy pocas investigaciones realizadas con sujetos de la tercera edad, tanto en el extranjero como en México.

En Estados Unidos se han llevado a cabo algunas investigaciones del MMPI-2 con ancianos, Strassberg, Clutton y Korboot (1991); Butcher y cols., (1991); Priest y Meunier, (1993).

Específicamente en México, las investigaciones realizadas con el MMPI original y el MMPI-2, se han enfocado a los jóvenes y adultos, dejando a un lado a los ancianos e ignorando los cambios biológicos que se presentan en la tercera edad y que conducen a cambios que se refieren a procesos sensoriales, habilidades motoras, aprendizaje, inteligencia, impulsos, emociones, etcétera. Por lo tanto, la importancia de evaluar características de personalidad en sujetos de la tercera edad, permitirá conocer de qué forma afectan estos cambios en el individuo desde el punto de vista psicológico. De esta manera, el conocer estos cambios ayudará a entender mejor esta etapa de la vida del individuo para orientarlo y capacitarlo.

Asimismo, crear programas de apoyo que permitirán la ayuda adecuada para que las personas de la tercera edad se desarrollen con un buen nivel de adaptación al ambiente.

Debido a lo anterior, se decidió realizar un estudio con el MMPI-2 en población mexicana de la tercera edad por no existir antecedentes de investigación con este tipo de población. Esto condujo a formular la siguiente pregunta problema: ¿Cuáles son las principales características de personalidad de sujetos de la tercera edad medidos a través del MMPI-2?

Se seleccionó una muestra al azar de 200 sujetos hombres y mujeres en forma proporcional en poblaciones del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) y sujetos que no pertenecían a ninguna institución. Se aplicó en forma colectiva o individual la versión en español para México del MMPI-2, (Lucio y Reyes, 1992). Aplicadas las pruebas se procedió a calificarlas a través de lectora óptica. Los resultados obtenidos permitieron obtener el perfil de los sujetos de las escalas clínicas básicas y de validez, de contenido y suplementarias, pudiendo observarse las diferencias entre cada una de ellas.

Para el análisis de datos se realizaron medidas de tendencia central y distribución de las variables, donde se obtuvieron las frecuencias, porcentajes, media y desviaciones estándar de las variables. Se aplicó la "t de Student" que facilitó las decisiones acerca de parámetros específicos con respecto a los cálculos de error estándar.

Los resultados muestran que las escalas más elevadas en el perfil de las ancianas son: L (PT=64) y Mf (PT=61). Para el grupo de los ancianos, las escalas más elevadas son: D (PT=62), MIE (PT=62) y Fp (PT=60), en las demás escalas se encontraron puntajes T menores a 60.

Se observa para ambos sexos, que ninguna de las escalas sobrepasa PT=65. Los perfiles de los sujetos de la tercera edad, también fueron comparados con la norma norteamericana.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

El MMPI es uno de los instrumentos más investigados en el mundo entero incluyendo México. Ha sido utilizado en diversas áreas como la clínica, la industrial, orientación educativa y la social entre otras, por lo que a continuación se describen algunos estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica, Rusia, Italia y en México principalmente.

Leardi, Franzese, Gentili y Turchi (1987), evaluaron la satisfacción que obtienen los ancianos autosuficientes en su vida, encontrando que ésta puede ser positiva o negativa; con este objeto estudiaron las características de la personalidad, la autoconfianza, el miedo al cambio, el nivel de relaciones interpersonales y el nivel de adaptación de los ancianos.

La muestra consistió de 44 sujetos italianos, hombres y mujeres, con una media de edad de 69.6 años. Se les aplicó una batería psicodiagnóstica en dos sesiones con dos días de diferencia, donde utilizaron una entrevista estructurada, las subescalas de dígitos y símbolos de la prueba de inteligencia (Wais), el inventario (X1 y X2) de ansiedad, la escala 2(D) del MMPI y la lista de verificación de adjetivos.

Tibilova y Tsytareva (1988), estudiaron los lineamientos a seguir en una terapia de grupo, basándose en el significado del pronóstico dado por las características premórbidas de personalidad durante el proceso psicoterapéutico de pacientes depresivos de edad avanzada. Se encontró la importancia de conocer las características premórbidas de personalidad de los sujetos, con objeto de aplicarles la psicoterapia adecuada. La muestra estaba formada por 230 sujetos mayores de 50 años, algunos con psicosis maniaco-depresiva. Se llevaron a cabo

un análisis factorial y otro de correlación, se utilizó el MMPI y la prueba de frustración de imagen de Rosenzweig. Se administró psicoterapia de grupo, sola o en combinación con terapia antidepresiva.

Schweizer, Case y Rickels (1989), estudiaron la dependencia y el abandono de la Benzodiazepina en pacientes ancianos. Compararon la severidad de los síntomas de abandono y los resultados clínicos en 19 pacientes ancianos (60-80 años) y 22 pacientes externos más jóvenes (25-52 años), durante el abandono de las Benzodiazepinas (BZ). Se compararon en los sujetos, el periodo de ingestión de la BZ, la dosificación y la duración del tratamiento. Las mediciones de los síntomas incluyeron: la Versión del Inventario de Desórdenes Afectivos y Esquizofrénicos, la Escala de Grados de Depresión de Hamilton, la Lista de Síntomas de Hopkins, el Inventario de Personalidad de Eysenk y el MMPI. Los resultados mostraron que los ancianos toleraron una reducción gradual de BZ tan bien como los sujetos más jóvenes. Cerca de la mitad de los sujetos en cada grupo quedó libre de la BZ cuatro semanas después de discontinuar su uso.

Lichtenberg y Barth (1989), estudiaron en mujeres ancianas casadas, el proceso dinámico de la administración de cuidados. Hicieron una revisión de reportes de caso en un estudio longitudinal, investigando la relación de los problemas de salud mental y el grado de administración de cuidados, en el que 70 esposas ancianas fueron entrevistadas y 40 reentrevistadas. Los pacientes a los que se les administraban cuidados padecían enfermedades como: Alzheimer, demencia, cáncer, enfermedades del corazón, enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple. Las mediciones se hicieron aplicando la Escala de Depresión Geriátrica y la Escala de Hipocondriasis del MMPI. Se encontraron problemas de salud mental en cerca del 50 por ciento de las esposas que administraban cuidados. La proporción se incrementó a 66 por ciento en el primer grupo de ancianas cayendo a 33 por ciento en el segundo grupo.

Tsytsareva (1990), en un estudio concluyó que la Psicoterapia, dentro del complejo de medidas terapéuticas en el tratamiento de depresiones en sujetos de edad avanzada, es una

medida terapéutica adecuada. Llevó a cabo un estudio clínico psicológico en 170 ancianos rusos con depresión tardíamente adquirida. Se analizó retrospectivamente las características de personalidad premórbida, usando récords y análisis de la historia del desarrollo de personalidad de los sujetos. Utilizó el MMPI, tratamientos de psicofarmacoterapia (antidepresivos y tranquilizantes y psicoterapias individual y de grupo).

Hyer, Walker, Swanson y Sperr (1992), evaluaron la validez de las escalas de Desorden de Estrés Postraumático, en ancianos veteranos de guerra. Evaluaron tres grupos de ancianos nosológicamente similares: 35 Ss ancianos con desórdenes de estrés postraumático con una media de edad de 61.2 años; 35 veteranos con una edad promedio de 68.2 años y 35 pacientes psiquiátricos con una edad promedio de 63.2 años, contra un grupo de 35 veteranos de Vietnam más jóvenes que tenían desórdenes de estrés postraumático. La admisión y participación de los sujetos en el grupo se derivó del índice diagnóstico, siendo validada su salud mental a nivel clínico. Se compararon los resultados de los grupos a través del MMPI, del Inventario de Depresión de Beck, de las Escalas de Desórdenes de Estrés Postraumático, de las Variables de Antecedentes y de las escalas de salud, observándose las diferencias en los resultados. El grupo con desórdenes de estrés postraumático de mayor edad se encontraba más cercano al grupo con desórdenes de estrés postraumático más joven, que a los otros grupos en las evaluaciones del MMPI y las escalas de Estrés Postraumático. Los sujetos más viejos con desórdenes de estrés postraumático permanecieron en el hospital por un periodo de tiempo más largo que los sujetos de los otros grupos. Los parámetros de clasificación de efectividad de la prueba, mostraron que las escalas de Desórdenes de Estrés Postraumático ayudaban a identificar este desorden en los grupos más viejos.

Coolidge, Burns, Nathan y Mull (1992), investigaron los desórdenes de personalidad en ancianos. Utilizaron el Eje II del Inventario de Coolidge para comparar 36 ancianos (61-78 años) con 573 Ss más jóvenes (16-58 años), basándose en los 13 desórdenes de personalidad del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales-III-Revisado (DSM-III-R). La idea de que los desórdenes de personalidad a menudo se hacen menos obvios en los

ancianos, fue confirmada sólo parcialmente. Las escalas obsesivo-compulsiva y esquizoide puntuaron significativamente más altas en los ancianos, aunque los dos grupos no fueron significativamente diferentes en la escala de dependencia. Un análisis de reactivos mostró una limitación general en la afectividad, una disminución del deseo sexual, indiferencia a ser alabados o criticados y una mayor necesidad de organización en los ancianos. Se concluyó que los reactivos que se refieren a síntomas físicos tanto en el MMPI como en otros inventarios de depresión pueden contribuir a una elevación de puntajes de depresión en los ancianos.

Dush y Hutzell (1986), desarrollaron una Escala Breve de Depresión del MMPI, para discriminar entre ancianos. Elaboraron un método simple para medir la depresión en 147 hombres ancianos, pacientes internos de una institución psiquiátrica para ancianos veteranos, que participaron en cuatro etapas de desarrollo y validación de la prueba. El criterio utilizado en la construcción de la prueba incluía: brevedad y facilidad de administración de la misma; confiabilidad y validez; un formato simple y fácil de entender que no fuera amenazante, con reactivos fáciles de entender, inofensivos y de mínima complejidad de respuesta. Los datos se obtuvieron de evaluaciones que se estaban llevando a cabo con propósitos clínicos en la institución. Alguna otra información se extrajo de datos completos obtenidos del MMPI disponibles en los archivos. Lo anterior dio como resultado un breve cuestionario con un formato de sí/no especialmente diseñado para ancianos.

Park, Upshaw y Koh (1988), evaluaron las respuestas de un grupo de sujetos asiáticos del Este a reactivos de salud para occidentales. Evaluaron dos hipótesis para considerar las diferencias entre autorreportes y datos obtenidos en 235 entrevistas a ancianos coreanos, japoneses y europeos-americanos estudiados por Koh, en 1986. Se examinaron las puntuaciones obtenidas de las respuestas dadas por los Ss a 556 reactivos del MMPI y 15 reactivos contestados en entrevistas verbales. Los resultados indicaron que las diferencias entre los grupos, radicaban en el autorreporte más que en los datos obtenidos en la entrevista. La hipótesis de que inconsistencias en los datos se debían a diferencias culturales en la disponibilidad social a contestar, fue rechazada. La posibilidad de que las diferencias se

debieran a la redacción de los reactivos de la prueba, o bien a antecedentes culturales es aún discutido. En la evaluación se consideraron las repercusiones del estado de salud mental de los asiáticos del Este.

Koepl, Bolla y Bleecker (1989), investigaron diferencias de envejecimiento normal en diferentes regiones. Estudiaron los perfiles del MMPI de 214 Ss hombres y mujeres saludables (39-89 años), para determinar si se necesitaba desarrollar tablas normativas para ancianos. Los resultados no reflejaron la misma intensidad de cambios relacionados con la edad como los reportados por Cooligan, en 1983 y otros estudios similares. Este estudio no detectó elevaciones relacionadas con la edad en la tríada neurótica (escalas Hs, D y Hi) que a menudo fueron citadas por otros investigadores, tampoco apoyaron los reportes típicos de que las esclas Mf, Pa e Is se vieran afectadas. Estas y otras diferencias similares pueden atribuirse a factores sociales y poblacionales.

Taylor, Strassberg y Turner (1989), investigaron la utilidad del MMPI en una muestra representativa de ancianos. Estudiaron las normas existentes en el MMPI y las evaluaron con el criterio de validez concurrente del MMPI para una muestra representativa de ancianos. Se estudiaron 204 adultos normales y 30 pacientes psiquiátricos externos (60-90 años) que contestaron el MMPI y el Psychiatric Status Schedule, (PSS). En la mayoría de las escalas del MMPI, los resultados obtenidos puntuaron por encima de las normas. La comparación entre la población clínica y los Ss de la comunidad, y la comparación entre el desempeño en el MMPI y en el PSS revelaron que el MMPI tenía una discriminación substancial y un criterio de validez concurrente. Al usarse el MMPI con sujetos ancianos se debe tener precaución en la interpretación de las diferencias en el rango normal de las elevaciones absolutas de las escalas, y en las diferencias en la interpretación de algunas escalas.

Smith, Patterson, Grant y Clopton (1989), desarrollaron una versión corta del MMPI útil para seleccionar ancianos no institucionalizados. Compararon la confiabilidad del MMPI abreviado de Faschingbauer (FAM), con el MMPI en 83 ancianos no institucionalizados que estuvieron viviendo independientes durante más de cuatro años (65 ó más años). Los resultados

indicaron que el FAM correlacionaba altamente con el MMPI, sin embargo, se encontraron diferencias significativas entre algunas escalas del FAM y el MMPI. Señalaron que 77 por ciento de los pares de perfiles satisfacían el criterio de confiabilidad de interpretación. Aun en los perfiles que se rechazaron, el FAM no mostró grandes diferencias ni por encima ni por debajo de ninguna de las escalas del MMPI.

Harper, Kotik y Kirby (1990), hicieron una evaluación psicométrica de Depresión en una población de ancianos en tratamiento médico general. Administraron una batería de pruebas neuropsicológicas y psicológicas a 247 pacientes en tratamiento médico (60-94 años), como parte de un trabajo de diagnóstico en el deterioro inexplicable de su funcionamiento. Se evaluó Depresión (DEP) con una forma abreviada del MMPI, el Inventario Breve de Síntomas, y la Escala Geriátrica de Depresión. La mayoría de los ancianos sufría de depresiones mayores o menores; se observó algún grado de daño en su aparato cognitivo en el 80 por ciento de los Ss. Se encontraron valores falsos negativos de hasta 53 por ciento para depresiones mayores y 100 por ciento para depresiones menores. Un reconocimiento psicométrico equivocado de Depresión no se relacionó con el grado de demencia o educación, aunque en algunas medidas se le asoció positivamente con el nivel de inteligencia verbal y con la edad.

Se ha observado en la literatura que los estudios de personalidad en la tercera edad son poco frecuentes, especialmente los realizados con este tipo de instrumento, sin embargo, en las modificaciones hechas al MMPI-2 se ha intentado realizar estudios con ancianos para revisar la validez del mismo, o para ver si se requieren normas especiales para este tipo de población como se observa en los siguientes estudios.

Strassberg, Clutton y Korboot (1991), realizaron un estudio descriptivo y de validez del MMPI-2 aplicado a una muestra de ancianos australianos, examinaron el desempeño de 60 mujeres y 50 hombres australianos (60-96 años) en la prueba MMPI-2; se evaluó además la validez concurrente de cuatro escalas de contenido del MMPI-2 (Depresión, Ansiedad, Baja Autoestima y Preocupación por la Salud). Los resultados revelaron un patrón del MMPI-2

coincidente con patrones de perfil obtenidos en investigaciones previas en sujetos ancianos americanos. Las escalas de contenido diseñadas para valorar Depresión y Ansiedad, mostraron una validez concurrente substancial, tanto para sujetos femeninos como para masculinos. Los resultados de validez asociados con las escalas de contenido que valoran Baja Autoestima y Preocupación por la Salud, fueron siempre positivas para los hombres, aunque para las mujeres se mostraron mezcladas con negativas.

Butcher, Aldwin, Levenson, Ben-Porath, Spiro III y Bossé (1991), realizaron un estudio del MMPI-2 en hombres ancianos donde examinaron si era necesario tener normas separadas para ancianos en el MMPI-2 revisado. Las puntuaciones obtenidas en el Estudio Normativo de Envejecimiento (NAS Normative Aging Study), de mil 459 hombres con una edad promedio de $M=61.27$, y una Desviación Estándar $DS=8.37$, fueron contrastados con los de mil 138 hombres del estudio de Re-estandarización del MMPI. Con una edad promedio de $M=41.71$ y una Desviación Estándar $DS=15.32$. Los resultados mostraron que las puntuaciones en las escalas de validez, clínicas y de contenido para el NAS de hombres, fueron muy similares a aquellas obtenidas con el MMPI-2 Re-estandarizado. Hubo también algunas diferencias entre los dos grupos a nivel de reactivos. El análisis dentro de las muestras reveló algunas diferencias entre los grupos de edad; sin embargo, estas diferencias fueron pequeñas y muchas representaban los efectos individuales o combinados de factores de grupo y de cambios relacionados con la edad en el estado de salud, más que en los cambios relacionados en psicopatología *per se*. Concluyeron que no eran necesarias normas especiales relacionadas con la edad en el MMPI-2 para ancianos.

Priest y Meunier (1993), realizaron un estudio cuyo objetivo consistió en determinar si se requerían normas especiales para la aplicación del MMPI-2 en ancianas. Utilizando un grupo de 26 mujeres de 60 años o más, evaluaron los perfiles obtenidos en la aplicación del MMPI-2 a las que se les aplicó además un cuestionario demográfico. Los resultados mostraron que la escala L se elevaba por encima de lo esperado y que las escalas cuatro y seis estaban significativamente por debajo de la norma; sin embargo, las sujetos no reportaron disminución de niveles de energía, ni incremento de depresión o problemas somáticos que

generalmente se asocian con esos valores en dichas escalas. Sugieren además, que los perfiles demográficos pudieron tener una influencia significativa sobre los perfiles del MMPI de este grupo.

Las investigaciones en México, muestran que la versión es adecuada para la utilización del MMPI-2 en su adaptación, estandarización y traducción. En México se han llevado a cabo diversas investigaciones en relación a la validez y confiabilidad del instrumento, así como para determinar si su uso es adecuado en la población mexicana.

Lucio y Reyes (1994), realizaron la nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2) para estudiantes universitarios mexicanos. En su investigación, cuyos objetivos fueron adaptar el MMPI-2 y establecer las normas del mismo para estudiantes universitarios, fue la primera realizada en México con dicho inventario. El instrumento se aplicó a una muestra representativa (N=2,246) obtenida al azar de la población universitaria de la UNAM. En el presente estudio, la versión revisada del MMPI se tradujo al español adecuando el contenido y lenguaje de los reactivos a la población mexicana, para evitar los problemas de traducción señalados con el MMPI original. Se trata de un trabajo de transliteración. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes crudos de los estudiantes mexicanos y los de la población normativa estadounidense, sin embargo, las normas de ambas poblaciones son semejantes aunque hay algunas diferencias de personalidad que pueden deberse a factores culturales. Otro hallazgo importante es que los perfiles de los estudiantes mexicanos tienden marcadamente a la normalidad. El MMPI-2 es más adecuado para evaluar a la población mexicana que el MMPI en el cual, algunas escalas puntuaban fuera de lo normal.

Ampudia y Lucio (1994), mencionan que uno de los cambios más significativos del MMPI-2 (Butcher, 1991) es la introducción de 13 escalas suplementarias y la obtención de un perfil de ellas. En este estudio realizado en México, se propusieron evaluar la consistencia interna de las escalas suplementarias en una muestra de estudiantes universitarios. Las formas tradicionales de validar un instrumento es determinar si discrimina entre poblaciones

normales y anormales por lo que en su estudio, analizaron el poder de discriminación de estas escalas entre esta muestra de población normal y una muestra obtenida de una población psiquiátrica.

La versión en español aplicada a ambos grupos fue desarrollada por Lucio y Reyes (1992). Para determinar la consistencia interna de las escalas suplementarias, se obtuvieron los coeficientes *alpha* de Cronbach. La escala de mayor consistencia interna en la muestra de estudiantes fue la de ansiedad con un coeficiente de .89 en los hombres y .88 en las mujeres. Para analizar el poder de discriminación de las mencionadas escalas se calculó la prueba T y se analizaron las diferencias entre los perfiles de ambos grupos. Algunas de las escalas suplementarias diferenciaron adecuadamente entre los estudiantes y la población psiquiátrica.

Ampudia (1994), hizo la comparación del MMPI-2 y el rendimiento académico, con estudiantes universitarios en una muestra de 650 estudiantes de la Facultad de Ciencias y Artes Plásticas de la UNAM. Donde concluyó que existen algunas relaciones entre el perfil de personalidad del MMPI-2 y el rendimiento académico de los estudiantes.

Palacios (1994), como primera investigación clínica en México con el MMPI-2, hizo el análisis de la capacidad discriminativa del MMPI-2; comparó los perfiles de pacientes psiquiátricos con los de estudiantes universitarios, en una muestra de 200 pacientes psiquiátricos y otra de mil 920 estudiantes universitarios. Utilizó la prueba T y las diferencias encontradas fueron muy significativas en las escalas que se denominan como tetraada Psicótica del MMPI (Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia y Manía), obteniéndose que la prueba discriminó la sintomatología psicótica, la que se mostró muy acentuada con el grupo de pacientes psiquiátricos. También hubo diferencias significativas en la comparación de puntajes de los pacientes psiquiátricos y los estudiantes en todas las escalas de contenido.

Taboada (1994), en su investigación realizó una comparación de las normas del MMPI-2 en estudiantes universitarios mexicanos con estudiantes de Nicaragua. Como resultado en el

perfil de las mujeres, se encontró que las escalas más elevadas fueron la F (PT=68) S MI (PT=66) y 8 Es (PT=65), en todas las demás escalas se encontraron puntajes T=60. En el perfil de los hombres ninguna escala sobrepasó T=65, siendo las más elevadas la 1 y la Es con T=63. Ambos perfiles fueron comparados con la norma norteamericana

Pérez y Farias (1994), encontró a través de un estudio de test-retest que con base al análisis estadístico obtenido, no existen diferencias estadísticamente significativas en el MMPI-2 en los grupos de las escalas clínicas y de validez, contenido y suplementarias. Concluyendo que el MMPI-2 en su versión en español es confiable para la muestra de estudiantes universitarios mexicanos.

Páez (1995), en su estudio se establecieron los criterios de calificación entre el MMPI-2 propios de la población mexicana, al compararse las puntuaciones T uniformes de los estudiantes mexicanos con respecto a la muestra norteamericana, observándose diferencias estadísticamente significativas en las escalas de contenido. En las muestras de los hombres en las escalas de miedos, pensamiento delirante, enojo e incomodidad social y en las muestras de mujeres en las escalas de obsesividad, pensamiento delirante y enojo, siendo estas diferencias atribuidas a situaciones culturales. En conclusión, la autora muestra que las escalas tienen validez y utilidad clínicas y por lo tanto un valor transcultural.

Valencia (1996), realizó un estudio exploratorio donde utilizó el MMPI-2 con un diseño pretest-postest, con 119 estudiantes de psicología y 90 pacientes psiquiátricos, con la finalidad de detectar a aquellos estudiantes que fingían estar muy bien adaptados y/o aquellos que fingían tener esquizofrenia paranoide. El objetivo principal de este estudio fue conocer los alcances y/o limitaciones de las diferentes escalas de validez del MMPI-2 en población mexicana (Lucio, 1995) para detectar los sujetos simuladores. Los resultados mostraron que existen diferencias significativas en la discriminación de algunas de las escalas de validez, básicas, contenido y suplementarias del MMPI-2 entre sujetos simuladores y sujetos honestos.

Duran (1996), en su estudio muestra la estructura factorial del MMPI-2 en estudiantes mexicanos, marcando las diferencias que se dan con los estudiantes norteamericanos en función de influencias culturales más que de aspectos de personalidad.

Gallegos (1996) realizó un estudio de tipo confirmatorio con la finalidad de conocer las características de personalidad de pacientes con neurodermatitis a través del MMPI-2. Sus resultados arrojan diferencias estadísticamente significativas en las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-2, entre el grupo de pacientes con neurodermatitis y el grupo normativo de estudiantes universitarios mexicanos (Lucio y Reyes, 1992). Concluye que si existe relación entre los factores psicológicos medidos a través del MMPI-2 y las manifestaciones de neurodermatitis, lo que corrobora que el instrumento puede ayudar a detectar factores emocionales asociados con este tipo de padecimiento, lo que permitirá una intervención multidisciplinaria.

Larraguivel, Monzon y Oyervides (1996), realizaron un estudio retrospectivo que describe el desarrollo de la Escala de Infrecuencia F psi-mex para el MMPI-2, la cual es una escala adicional de validez que permite interpretar las elevaciones significativas en las escalas F y Fp, en términos de discriminar la exageración o fingimiento de la presencia de severa psicopatología. Utilizaron una muestra de 216 pacientes psiquiátricos (112 hombres y 104 mujeres) y la muestra de estudiantes universitarios mexicanos (Lucio y Reyes, 1994). Los resultados mostraron que la escala Fpsi mexicana propuesta, cumple los criterios que los autores norteamericanos proponen para su funcionamiento, ya que por un lado se mantiene en un puntaje aproximado de T=60 en hombres pacientes psiquiátricos y universitarios, y alrededor de T=55 en mujeres pacientes psiquiátricas y universitarias.

Polanco (1996), en su estudio realizó la comparación de dos versiones en español del MMPI-2, en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos. Las versiones aplicadas fueron el MMPI-2 para México (primera versión: Lucio y Reyes, 1994) y el MMPI-2 hispano (García-Peltoniemi y Azán, 1993). Sus resultados muestran que a nivel grupal, los perfiles de ambas

versiones, tienden a ser similares, pero llevó a cabo dos tipos de análisis donde sí se observan diferencias:

1. Un análisis por reactivo donde se observa que a los estudiantes mexicanos se les facilita más la comprensión de los reactivos de la versión mexicana, y por ende, sus perfiles son menos patológicos, que si se realizan con la versión hispana.
2. Un análisis gramatical por reactivo, donde se encontró que existe cambio significativo en la estructura de los reactivos del instrumento realizado por Lucio y Reyes (1994) como un trabajo de transliteración.

La autora concluyó que la versión del MMPI-2 para la población mexicana es la más adecuada lingüística y gramaticalmente para la comprensión de los mexicanos, debido a que es un trabajo completo de transliteración, mientras que la versión hispana es únicamente una traducción literal del inglés al español.

Existe una vasta información acerca de los estudios efectuados con el MMPI y el MMPI-2, tanto en antecedentes como en características, validez, confiabilidad, diferencias, comparaciones, etcétera. Muestra de esto son los estudios más relevantes y detallados que en forma sucinta se revisan para esta investigación. Sin embargo, en la revisión bibliográfica se encontró únicamente un estudio del MMPI realizado en México con ancianos.

Ramos (1980), realizó un estudio comparativo en una población senescente a través del MMPI, el objetivo fue comparar las características o rasgos de personalidad peculiares en un grupo de ancianos asilados, con un grupo de ancianos no asilados. La muestra consistió de 60 sujetos, 30 ancianos no asilados (15 hombres y 15 mujeres) cuyas edades fluctuaron entre 60-74 años de edad, de un nivel socioeconómico bajo, con una escolaridad de tercer grado de primaria como mínimo y un máximo de instrucción de primaria completa. Se buscó que el grupo de 15 sujetos de cada sexo, cada uno cayera en cada uno de los años del rango establecido. Para el grupo de ancianos asilados se recurrió a una casa hogar siguiendo el mismo criterio que el grupo anterior.

Los resultados obtenidos mostraron que los hombres asilados elevaron las escalas de Hi, D, Dp y Es; los no asilados sólo elevaron la escala de depresión. Las mujeres tanto asiladas como no asiladas mostraron puntajes similares, elevándose únicamente la escala D. La validez de este estudio probablemente no sea muy confiable por no existir entonces una adaptación adecuada para la población mexicana, como actualmente se tiene (Lucio, 1995)

Se puede afirmar que en México no existen estudios realizados con el MMPI-2 en poblaciones de personas de la tercera edad, excepto uno realizado con la escala suplementaria de Fuerza del yo del MMPI-2, llevada a cabo por Ramírez y López, (1995, en prensa), que realizaron una evaluación de la fuerza yoica en personas mexicanas de la tercera edad, a través de la escala Fuerza del yo del MMPI-2, en una muestra de 260 sujetos de los cuales 130 fueron mujeres y 130 hombres, de 60 a 75 años de edad. Los resultados mostraron que el instrumento fue sensible a medir la fuerza yoica en esta población y que existen diferencias significativas entre la media del grupo normativo norteamericano (Butcher, 1989) y del grupo de estudiantes mexicanos universitarios (Lucio y Reyes, 1992), tendiendo a ser más bajo el puntaje en la población de la tercera edad. Se concluyó que la escala Fuerza del yo del MMPI-2, es un instrumento viable para la evaluación de la fuerza yoica en poblaciones de la tercera edad.

CAPITULO I

PERSONALIDAD

INTRODUCCION

La personalidad ha sido abordada por distintos enfoques teóricos. Partiendo de que una teoría es un sistema conceptual bien coordinado, que intenta dar coherencia racional a un cuerpo de leyes empíricas conocidas, de las cuales se pueden deducir teoremas cuyos valores predictivos pueden ser aprobados. Se puede plantear que una teoría de la personalidad debe ser lo suficientemente comprensiva como para abarcar o predecir un amplio rango de la conducta humana. Su tarea principal radica en establecer aquellas consistencias de la conducta que no están determinadas por variables contextuales (Allport, 1974).

Estas razones han originado el nacimiento de varias corrientes psicológicas que tienen como propósito primordial explicar la personalidad de acuerdo a sus teorías o tendencias, muchas veces complementarias y otras veces contradictorias. Sin embargo, cada una de ellas se orienta de acuerdo a sus tendencias, derivándose de conceptualizaciones como las que se conocen hasta hoy.

En este capítulo se analizan algunos antecedentes del término personalidad, así como las teorías de la personalidad que han propuesto diversos enfoques y que sirven de base para el desarrollo de esta investigación

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PERSONALIDAD

DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

Para entender el concepto de personalidad, se han propuesto conceptos como temperamento y carácter. La palabra *temperamento* que pasa a formar parte del vocabulario inglés en la Edad Media, significa una constitución o hábito mental que depende de la constitución física (Dorsch, 1991).

Kaplan y Sadok (1993), refieren que el temperamento es el material en bruto con el que se forma la personalidad. La determinación genética determina estos factores que hacen que la personalidad dependa en mucho de la herencia. El temperamento constituye la base o elemento interno del individuo en el que se desarrolla la personalidad. Cuanto más arraigada está una tendencia o disposición en la constitucionalidad del individuo, más incluida se encuentra dentro de su personalidad.

De acuerdo con Allport (1974), que define *temperamento* como aquellos fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, incluyendo su susceptibilidad a la estimulación emocional, la intensidad y velocidad con la que se acostumbran producir las respuestas, su estado de humor preponderante y todas aquellas peculiaridades de fluctuación en el estado de ánimo; considerándose todos estos fenómenos como dependientes de la estructura constitucional del individuo y predominantemente hereditarios.

Desde luego el temperamento es susceptible de cambio durante el transcurso de la vida del individuo, estas variaciones pueden ser originadas por influencias médicas, quirúrgicas o nutritivas o bien por el aprendizaje en las experiencias de la vida. Formándose de esta

manera la personalidad. Es decir, el temperamento puede modificarse a medida que se desarrolla la personalidad. Hay que dejar bien claro que el individuo está dotado constitucionalmente con una carga genética que le imprime un sello característico para toda su vida, con la posibilidad de cambios, pero no ilimitados (Kaplan *et al*, 1993).

El término *carácter* que originalmente significaba señal o marca y que posteriormente tomó el significado de característica por la que algo es reconocido, se le conoce en Psicología como el conjunto de las propiedades que constituyen la peculiaridad individual de una persona. Se puede decir que la ciencia del carácter o caracterología se desarrolló en el seno de la Psicología de la Personalidad.

Allport (1977), definía al *carácter* como: *La Personalidad Valorada*, definición escueta y poco explicativa. Fromm (1947), lo define como: *la forma relativa en que la energía humana es canalizada en los procesos de asimilación y socialización*. Lo anterior nos indica que el carácter se va moldeando y cambiando a través de su desarrollo.

Personalidad es algo que aún no ha sido descrito con precisión. Etimológicamente no viene del verbo latino *personare* como se suponía con anterioridad, sino del etrusco *fersuna* que significa máscara y, más exactamente, de la máscara que caracterizaba a Fersu dios de la tierra, (cita Dorsch, 1991, pág. 565).

En el latín clásico solamente se usaba *personares* y hay una concordancia general entre los diferentes autores en que el significado primitivo de esta palabra era *máscara*. Persona pasó a significar el actor que la máscara ocultaba, es decir, el verdadero conjunto de sus cualidades internas y personales de cada individuo (Dorsch, *et al*).

Allport (1977), define a la *personalidad* como: la organización dinámica en el interior del individuo con sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característico.

Históricamente y también en la actualidad, existen fuertes diferencias de un autor a otro en lo que se entiende por *personalidad*. Según Lersch (1962), es la forma fundamental del ser humano, según Welleck (1966), el ser psíquico global en su realidad única e irrepetible, según Thomae (1968), es el aspecto individual del hombre. Hermann (1972), concibe la personalidad como constructor teórico o hipotético y, en cuanto al contenido, como un correlato de conducta peculiar de cada individuo, relativamente estable y duradero en el curso del tiempo.

Por todo lo anterior suponemos que la personalidad no puede aprehenderse adecuadamente como concepto, sino solamente en el contexto de una teoría. No existe aún una teoría global, generalmente aceptada de la psicología de la personalidad, (Kaplan y Sadock, 1993).

Los seis criterios principales para comprender la conducta humana y la personalidad son: Teoría Psicoanalítica, Teoría Conductual o del Aprendizaje, Teoría Humanística, Teoría Existencial, Teoría General de los Sistemas y Teoría de Rasgos y Factorial. Ninguno de los seis sistemas nos proporcionan una *mejor* y más adecuada manera para comprender lo que ocurre con los seres humanos.

Tomadas en conjunto, las diferentes perspectivas nos ayudan a comprender las complejidades de la conducta humana, así como a lograr la manera más adecuada de tratar a los sujetos que tienen problemas emocionales o de conducta.

1.2. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

TEORIA PSICOANALITICA

El criterio psicoanalítico está basado en la teoría elaborada por Sigmund Freud (1900), quien en su primer intento por comprender la estructura de la mente, la conceptualiza en lo que él llama modelo topográfico. Este esquema desarrolla una estratificación del aparato

mental en los niveles Consciente, Preconsciente e Inconsciente, (Freud, 1990. Obras Completas. Vol. XIX).

Posteriormente, Freud (1923), presentó su teoría estructural de la mente, que substituyó a la teoría topográfica anterior con un concepto global de la mente como aparato compuesto por tres niveles distintos; *ello, yo y superyo*. Tres compartimentos con gran cantidad de funciones relacionadas (Dolto, 1991).

En la persona bien adaptada, la conducta satisface en forma simultánea y con éxito las exigencias del *ello, del yo y del superyo*. Por otra parte la conducta del neurótico, del psicótico y del individuo con personalidad patológica y con desajustes sociales graves y repetidos, puede pensarse como el resultado de un trastorno en los engranajes dinámicos y en el equilibrio del *ello, del yo y el superyo*. Sobre los conceptos anteriores, Freud fundamentó su teoría de la personalidad humana. Dejó una huella que muchos científicos siguieron en la realización de sus investigaciones en el desarrollo de sus teorías sobre la personalidad (Dolto, 1991).

Entre los principales seguidores de Sigmund Freud se citan a Harry Stack Sullivan (1935), quien refiere que la personalidad es un conjunto de procesos que ocurren como consecuencia de experiencias interpersonales, más que por la manifestación de fuerzas intrapsíquicas. Según Sullivan, la ansiedad es la fuente dinámica del desarrollo de la personalidad (Kaplan, *et al*, 1993). Sullivan (1930), pensaba que aunque era de gran interés lo que sucedía dentro del individuo, éste sólo podía ser estudiado en términos de sus interacciones con los demás (Goldman, 1989).

Karen Horney (1939), desarrolla su teoría considerando al individuo en forma holística, como una unidad dentro de un marco social, siempre influyendo y siendo influido por su ambiente. Refiere que la personalidad consiste en los atributos que caracterizan la organización constantemente cambiante del individuo (Hall y Lindzey 1984). Gran parte de su popularidad se debe a su libro acerca del autoanálisis.

Alfred Adler (1939), llamó a su teoría *Psicología Individual*, no obstante que ha sido en realidad el autor que más ha contribuido a destacar el valor del grupo o comunidad social, en la formación de la personalidad humana (Kaplan y Sadok, 1993). Del mismo modo que las funciones parciales del individuo deben comprenderse en el contexto de la unidad de la personalidad, también la persona total tiene que considerarse en el amplio contexto de la sociedad (Hall *et al.* 1984).

Carl Jung difirió de Freud en su concepción del inconsciente. Jung (1917), lo concibe "como el molde original de la personalidad y no simplemente como una parte reprimida", (cita, Kaplan, *et al.* 1993, pág. 106). Distingue entre el inconsciente personal que contiene experiencias reprimidas del pasado del individuo y el inconsciente colectivo que contiene recuerdos de los antecedentes ancestrales y raciales del sujeto (Brachfeld, 1991).

Erik Erikson (1988), al enfocar el ciclo vital incluye elementos del punto de vista intrapsíquico e interpersonal. Acepta la teoría Freudiana de la sexualidad infantil, considerando también la existencia de potenciales de desarrollo en todas las etapas de la vida. Erikson amplió el concepto freudiano del ego, interesándose por la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad.

Esta teoría será expuesta con mayor detalle en el siguiente capítulo, donde se tratará el ciclo vital humano y su desarrollo, basándose en las teorías de Erikson que indican que la última fase de desarrollo de la vida es la vejez, tema que ocupa esta investigación.

TEORIA CONDUCTUAL

El criterio conductual tomó forma como protesta contra las teorías psicoanalíticas. Los teóricos de la orientación conductual señalaban que la experiencia subjetiva y las fuerzas subconscientes no eran acontecimientos que pudieran ser verificados por otras personas y por lo tanto no eran datos apropiados para la ciencia.

Los conductistas consideran a la personalidad como un conjunto de patrones de conducta adquiridos, regidos por los principios del aprendizaje y sujetos a la influencia del medio ambiente. Se buscan las causas de la conducta en el ambiente más que en la psique, por lo que aseguran que la conducta se adquiere, conserva, cambia o extingue según las leyes básicas del aprendizaje y, por lo tanto, está sometida a predicción y control (Goldman, 1989).

Pavlov (1927), a quien se considera como el pionero en el desarrollo del criterio conductual, describió y estudió el fenómeno de los reflejos condicionados (Papalia *et al*, 1989).

“E. L. Thorndike, (1911) y B.F. Skinner (1953), ampliaron el criterio conductual al desarrollar un segundo concepto básico del aprendizaje” (cita Goldman, 1989, pág. 25), el condicionamiento operante.

Wolpe (1947), desarrolló un método basado en el condicionamiento clásico, con el cual pretende ayudar al individuo a reemplazar poco a poco respuestas no deseables por otras deseables (Wolpe, 1990).

TEORIA HUMANISTA

El enfoque humanista aunque presta atención a los motivadores internos de la conducta, difiere del pensamiento clásico analítico en su confianza optimista en la naturaleza positiva del hombre. El criterio humanista insiste en la calidad única del individuo, en la importancia de la búsqueda de valores y significados y en la libertad que tiene el hombre para poder elegir (Goldman, 1989).

TEORIA EXISTENCIALISTA

Las teorías existencialistas basadas en la calidad única del hombre, en su irracionalidad y en las dificultades que tiene para su autosatisfacción, tienen como tema central el constante desafío de la existencia humana, es decir, la necesidad existente de encontrar una identidad personal y sobre todo un sentido de significado.

El reto de esta teoría consiste en que el individuo a través de una motivación básica de su conducta, encuentre la mejor manera de vivir y pueda desarrollar sus potenciales personales auténticos. El postulado central de esta teoría consiste en afirmar que: "las personas son lo que ellas han hecho de si mismas" (cita Goldman, 1989, pág. 31).

TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Esta teoría, unifica todos los criterios anteriores, y es a través de ella que podemos comprender al individuo en toda su complejidad y en sus interacciones con el mundo que las rodea. Este sistema se puede definir como un complejo de elementos interrelacionados. Los sistemas vivientes son sistemas complejos que se forman por grupos de sistemas organizados de manera jerárquica compuestos de niveles diferentes (Miller, 1978). Cada sistema de nivel superior está formado por características que se presentan sólo a ese nuevo nivel (Goldman, 1989). La teoría general de sistemas constituye la base del modelo biopsicosocial.

1.3. TEORIA DE RASGOS Y FACTORIAL

TEORIA DE G. W. ALLPORT

Para Allport, la personalidad es un sistema dinámico como lo expresa en la siguiente definición: "La personalidad es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular adaptación al ambiente" (cita Allport, 1974, pág. 24).

Según Allport (1974), la personalidad es el tema natural de la psicología, debiendo cubrir la teoría de la personalidad cinco requisitos en su estudio: a) Debe centrarse en el organismo lleno; b) Considerar a la motivación como factor de la estructura; c) Emplear unidades de análisis suficientes; d) Producir una síntesis adecuada; y e) Ubicar adecuadamente al fenómeno de estudio. Existen dos categorías de palabras prácticas que describen la personalidad: los RASGOS y los TIPOS.

Un rasgo de personalidad es un conjunto de respuestas similares que ocurren y varían juntas, de manera que se puedan describir con un solo término; el RASGO se infiere a partir de las respuestas. Los rasgos de personalidad suelen ser adjetivos como: celos, cruel, cínico, etcétera. Una actitud es un rasgo de la personalidad con significado social, político o religioso como pueden ser: piadoso, liberal, democrático, etcétera. Un rasgo de carácter es un rasgo de la personalidad con significado ético o moral como: sincero, honesto, etcétera (Hall y Lindzey, 1974).

Allport (1977), concibe un rasgo como una combinación de motivos y hábitos; se trata de un sistema neuropsíquico que determina en gran parte los estímulos que serán percibidos, a esto le llama *percepción selectiva* y las respuestas que serán formuladas las llama *acción selectiva*.

Allport (1974), dice que los rasgos son modos de adaptación asentados sobre disposiciones neurales propias de orden complejo. Los rasgos determinan las percepciones selectivas; por lo tanto, muestran unos efectos motivacionales, inhibitorios y selectivos sobre los elementos específicos de la conducta.

Otro concepto importante de la teoría de Allport (1977), es que las esperanzas, los deseos, las aspiraciones, las ambiciones y los planes de una persona, están todos representados por el término intención y establece, que lo que el individuo trata de hacer, es la clave más importante para saber cómo se comporta en el presente, por consiguiente la intención surge de la motivación.

El elemento estructural en la teoría de Allport (1977), es el rasgo, una tendencia determinante o una predisposición a actuar. Dos individuos no tienen nunca el mismo rasgo, pero las analogías culturales y biológicas permiten un número limitado de modos de adaptación comparables en términos generales. Un rasgo representa el resultado de la combinación o integración de dos o más hábitos. Los rasgos no sólo sirven como base de

descripción de la personalidad, sino que también se refieren a predisposiciones generalizadas para la conducta

Un rasgo es una fuerza real, una motivación o disposición dentro del individuo que inicia y guía una forma particular de conducta. Un rasgo común es compartido por mucha gente. Un rasgo individual es peculiar a la persona. Los rasgos centrales son más típicos y muy característicos de un individuo. Son constantes en la personalidad. Los rasgos secundarios explican que en algunas situaciones y bajo ciertas condiciones, una persona pueda comportarse de forma diferente a la habitual (Allport, 1974).

Posiblemente, más que cualquier otro teórico de la personalidad, Allport (1974), ha intentado establecer una teoría de la personalidad que tenga en cuenta la complejidad y singularidad de la conducta individual humana. La teoría anterior servirá de base teórica para este estudio, porque sus conceptos fundamentan los criterios establecidos para el instrumento utilizado en esta investigación.

TEORIA DE RAYMOND CATTELL

Cattell (1965), empezó sus investigaciones orientadas a medir los rasgos más importantes de la personalidad a los que llamó rasgos fuente, porque parecen estables y determinados por factores genéticos y a su vez determinan muchas conductas superficiales.

Un rasgo superficial se observa fácilmente. Un rasgo fundamental subyace y determina las manifestaciones de la superficie. Los rasgos deben inferirse ya que no son observables directamente; unos son constitucionales o innatos y otros determinados por el ambiente. Un rasgo dinámico actúa como una motivación, inicia y guía la conducta. Los rasgos de aptitudes se refieren a la efectividad con la cual una persona alcanza una meta (Hall y Lindzey, 1974).

Cattell (1965), considera que la definición pormenorizada de la personalidad, debe aguardar la cabal enunciación de los conceptos que el teórico proyecta emplear en su estudio de la

conducta; deliberadamente, en consecuencia, sólo ofrece una definición muy general: "personalidad es aquello que permite predecir lo que una persona hará en una situación dada" (Cattell, 1950, pág. 2-3). Por consiguiente, el objetivo de la investigación psicológica de la personalidad, consiste en establecer leyes acerca de lo que diferentes personas harán ante todo tipo de situaciones sociales y ambientales en general. La personalidad concierne a TODA la conducta individual, ya sea manifiesta o latente (Hall *et al.* 1974).

Cattell (1965), considera a la personalidad como una estructura compleja y diferenciada de rasgos, cuya motivación depende en gran medida de un subconjunto llamado rasgos dinámicos. Según Cattell (1965), un rasgo es una estructura mental inferida a partir de la conducta observada y destinada a explicar la regularidad o con herencia de ésta.

"Coincidente con Allport, Cattell juzga que existen rasgos comunes presentes en todos los individuos o al menos en los que comparten ciertas experiencias sociales. Asimismo, existen rasgos singulares que sólo corresponden a un individuo en particular y que no aparecen exactamente de la misma forma en ninguna otra persona. Pero no se detiene ahí, al contrario, señala que los rasgos singulares pueden ser divididos en dos grupos, el de los relativamente singulares, cuya singularidad deriva del diferente ordenamiento de los elementos que constituyen el rasgo, y el de los intrínsecamente singulares, en el que cada individuo posee rasgos genuinamente diferentes que no se prestan en ningún otro" (cita Hall *et al.* 1974, pág. 21-22).

La concepción de Cattell (1965), atribuye fundamental importancia a la discriminación entre rasgos superficiales, que representan grupos de variables manifiestas o abiertas, que al parecer operan en conjunto, y los rasgos fundamentales, los cuales representan variables subyacentes que intervienen en la determinación de múltiples manifestaciones superficiales. De este modo, si encontramos una cantidad de hechos de conducta que parecen darse juntos, podemos preferir considerarlos como una sola variable. Lo que en medicina podría ser denominado síndrome, recibe aquí el nombre de rasgo superficial. Por otra parte, los fundamentales sólo son identificables mediante el análisis factorial, que habilita al

investigador para estimar las variables o los factores que residen en la base de esta conducta manifiesta.

Según Cattell (1965), en tanto los rasgos superficiales resultan necesariamente de una mezcla de aquellos factores, los rasgos fundamentales pueden ser divididos por lo menos en dos tipos: los que reflejan las condiciones ambientales y los que reflejan la herencia; dicho con más amplitud, los factores constitucionales denominados respectivamente, rasgos moldeados por el ambiente y rasgos constitucionales.

Cattell (1965), ha intentado localizar los rasgos generales de la personalidad conduciendo estudios separados de análisis factorial y utilizando las tres fuentes de datos que son: la historia personal o datos-L, el cuestionario de autoevaluación o datos-Q y el test objetivo o datos-T. Supone que si surgen los mismos rasgos fundamentales de estas tres fuentes, proporcionarán pruebas decisivas que serán unidades funcionales y no meros instrumentos de un método. Hace hincapié en que existen muchas variables motivacionales que han de ser cuidadosamente tamizadas. Supone que los teóricos de la personalidad de hoy han descuidado los aspectos hereditarios de la personalidad (Hall *et al*, 1974).

Para Cattell (1965), el análisis factorial ha sido un instrumento subsidiario del que se sirve para esclarecer una gran variedad de problemas, ordenados todos ellos dentro de una estructura sistemática. Su teoría constituye el más amplio de los intentos hasta ahora realizados, para reunir y organizar los principales hallazgos procedentes de los estudios analíticos, de los factores de la personalidad. Su posición puede llamarse con bastante exactitud "teoría de rasgo" porque traslada las ideas psicológicas a las formas matemáticas.

Esta teoría posee esencialmente un conjunto de variables o factores específicos que se toman como subyacentes y explicativos de la conducta humana. Derivan de una estadística particular: *el análisis factorial*. Este estudia la conducta de cada uno de los sujetos de un grupo numeroso con una gran cantidad de puntajes derivados de cuestionarios, estimaciones, pruebas situacionales o cualquier otra fuente que provea de una medida

significativa y cuantificable de conducta. Estas mediciones idealmente deben encarar muy diferentes aspectos de ella. Una vez obtenidos los índices externos, el investigador aplica la técnica del Análisis Factorial a fin de descubrir los factores subyacentes que determinan o controlan el cambio de las variables externas (Eysenk & Eysenk, 1961).

Este análisis no solo aísla los factores fundamentales, sino que proporciona además una estimación del grado en que cada uno de ellos contribuye a determinar cada medida o conjunto de puntajes. En suma, estos factores constituyen intentos de formular variables que expliquen la complejidad de la conducta humana manifiesta.

TEORIA DE H. J. EYSENK

Eysenk (1961), considera la personalidad como organizada en una jerarquía: en un nivel más general están las dimensiones amplias o tipos; en un nivel siguiente los rasgos (los rasgos fundamentales de Cattell); por debajo existe un nivel de respuestas específicas, es decir, la conducta realmente manifiesta. En este nivel de tipos, analiza la personalidad a lo largo de tres dimensiones amplias: neuroticismo, extraversión-introversión y psicotismo.

Eysenk (1961), al igual que Cattell (1965), ha utilizado test de clasificación, de cuestionarios situacionales y medidas psicológicas para investigar los factores de la personalidad. Ha vinculado dichos factores con ciertos procesos básicos del aprendizaje, originando una nueva gama de posibilidades de investigación. La principal carecterística del enfoque de este autor, es el análisis factorial de un marco teórico (Hall, *et al.*, 1974). Una innovación metódica importante de Eysenk (1961), en el análisis factorial, es la técnica del análisis de criterio.

TEORIA DE J. P. GUILFORD

Guilford (1934), como Eysenk (1961), considera la personalidad como una estructura jerárquica de rasgos, también reconoce regiones principales de la personalidad, tres de las cuales son: dimensiones de capacidad, dimensiones de temperamento y dimensiones hórnicas, que corresponden aproximadamente a los rasgos de capacidad, de temperamento

y dinámicos de Cattell. Además, agrega una clase de dimensiones somáticas y una categoría adicional de dimensiones patológicas para incluir los trastornos de la personalidad (Hall y Lindzey, 1974).

Según Guilford (en Guilford y Zimmerman, 1974), la personalidad es el patrón único de rasgos de un individuo. Un rasgo es cualquier aspecto distintivo y duradero en el que un individuo difiere de otro. Los rasgos presentan las siguientes características: se pueden medir, son consistentes en su posición relativa entre unos y otros, son universales, su generalidad puede ser mayor o menor en una sola persona (Hall y Linzey, 1974).

Al analizar las definiciones y postulados de las teorías de la personalidad, se observa que diversos teóricos han intentado explicar a la personalidad desde diversos enfoques. Sin embargo, para esta investigación se utilizan los conceptos propuestos por la teoría de rasgos y factorial.

Es evidente que resulta imposible medir la personalidad, completamente, si para ello tenemos que estimar tres mil rasgos. Para la evaluación de la personalidad se cuenta con pruebas como el MMPI surgida de la medición empírica de la psicopatología y que posteriormente ha sido aplicada y desarrollada a partir de rasgos de la personalidad (Ampudia, 1994)

Allport (1977), refiere que los rasgos no sólo sirven como base de descripción de la personalidad, sino que también se refieren a predisposiciones generalizadas para la conducta individual humana, por lo tanto, muestran unos efectos motivacionales sobre los elementos específicos de la conducta en el transcurso de la vida del individuo, durante el ciclo vital al cual se dedica el siguiente capítulo.

CAPITULO II

EL CICLO VITAL

El estudio sistemático del ciclo vital humano, empezó a principios del siglo XX como resultado del interés de la psiquiatría dinámica por el curso y proceso del desarrollo de la personalidad. Al principio se examinó el papel que jugaban los acontecimientos psíquicos internos y se enfatizó el tremendo impacto del desarrollo infantil sobre la personalidad adulta. Los trabajos consecutivos han desarrollado un interés para estudiar la influencia de los problemas interpersonales y la naturaleza del cambio durante las posteriores etapas de la vida. La división del ciclo vital desde el nacimiento a la muerte, se considera hoy día esencial para una comprensión más completa de las complejidades de la conducta humana, y es esencialmente útil para predecir las dificultades que surgen en el curso del desarrollo humano (Gessell, 1986)

"El estudio del desarrollo humano se centra en las formas cuantitativas y cualitativas en que las personas cambian a través del tiempo" (cita Papalia y Wendkos, 1990, pág. 4).

Spitz (1987), dice que la idea fundamental es que el desarrollo tiene lugar en etapas sucesivas y claramente definidas. Esta secuencia se considera invariable, es decir, se produce en orden

constante. El desarrollo es ordenado, no aleatorio. No hay azar con respecto al desarrollo humano. Sigue una trayectoria bien definida (Spitz, 1987).

El desarrollo siempre procede de lo simple a lo complejo. En el desarrollo del lenguaje los bebés pasan del llanto al balbuceo y luego a las palabras y finalmente llegan a manejar oraciones cada vez más complejas.

El desarrollo procede de lo general a lo específico. Las emociones comienzan como un estado general de excitación en el bebé recién nacido y gradualmente se van diferenciando en una amplia gama de sentimientos como son: el amor, el odio, el temor, la ira, los celos, etcétera (Gesell, 1989). Aunque la regulación exacta del periodo de tiempo necesaria para cada una de estas etapas de desarrollo varía de acuerdo con cada individuo, su secuencia es la misma para todos.

El desarrollo humano continua siempre adelante, es un proceso continuo, que no se detiene en ninguna etapa de la vida y prosigue mientras ésta dura; aún las personas viejas continúan desarrollándose y a menudo tienen la experiencia de cambios en la personalidad. La experiencia de la muerte en sí misma, es como un intento final para resolver la propia crisis de identidad y seguir siendo nosotros mismos (Kaplan y Sadock, 1993).

El estudio del desarrollo humano empieza en los niños, luego en los adolescentes y adultos y finalmente en el transcurso total de la vida, hasta terminar en el estudio de la vejez (Erikson, 1988).

Erikson (1988), afirma que cada fase del ciclo del individuo se caracteriza por sucesos que deben ser resueltos satisfactoriamente para que el desarrollo progrese sin alteraciones. Si no se consigue la resolución adecuada en un periodo determinado de la vida, todas las etapas posteriores reflejarán esa falla en forma de inadaptaciones físicas, cognitivas, sociales o emocionales.

Erikson (1985), describe un modelo de ciclo vital compuesto de ocho etapas que llegan hasta la edad adulta y la vejez, cada uno de los cuales depende de la resolución exitosa de un punto decisivo o crisis. En esta lista de ocho crisis, las edades aproximadas representan el periodo crítico para el desarrollo de las características contempladas.

La teoría de Erikson (1985), concede importancia a las influencias sociales y culturales sobre el desarrollo, en tanto que Freud se centra en factores biológicos y de maduración. La teoría de Erikson cubre toda la vida mientras que la Freud sólo llega hasta la adolescencia.

A continuación se describe la forma en que Erikson (1985), establece sus ocho etapas o estadios de desarrollo:

CRISIS	EDAD	SUCESO IMPORTANTE
1. Confianza básica, en oposición a desconfianza básica	Del nacimiento a los 12-18 meses	Alimentación
2. Autonomía, en oposición a vergüenza y duda.	18 meses a 3 años	Control de esfínteres
3. Iniciativa en oposición a culpa.	Tres a seis años	Locomoción
4. Industriosidad en oposición a inferioridad	Seis a doce años	Escolaridad
5. Identidad en oposición a confusión de rol.	Adolescencia	Relación con iguales
6. Intimidad en oposición a aislamiento	Edad adulta temprana	Relación amorosa
7. Capacidad de generación en oposición a estancamiento	Madurez	Paternidad y crianza
8. Integridad del Ego en oposición a desesperación	Vejez	Reflexión sobre la propia vida y aceptación de ella

Erikson (1982), describe la vejez, como el anuncio de la culminación del ciclo de vida, cuando es de esperarse que el individuo acumule su juicio y sus conocimientos maduros y se sienta satisfecho con la vida que ha vivido. En la terminología de Erikson, el individuo logra

un estado de integridad del *ego*. Lo contrario, el estado de desesperación, se caracteriza por miedo a la muerte e insatisfacción relativa con la única vida que se ha vivido (Erikson, 1988).

Después de recorrer el ciclo vital hasta su última etapa para entender el desarrollo de la personalidad del individuo desde el nacimiento a la vejez, se abordan en el siguiente capítulo las características de dicha etapa.

CAPITULO III

SENECTUD O VEJEZ

INTRODUCCION

En el estudio de ciclo vital del desarrollo humano, se han identificado diferentes etapas por las que atraviesa el ser humano. Una de estas es la llamada *senectud*, también denominada *vejez*. Sin embargo, el ser llamado *viejo* es algo que la mayoría de las personas de edad avanzada no les agrada, es por eso que se les designa como personas de la tercera edad.

Existen diferentes modelos clásicos de la vejez, hay quien la juzga como la época en que la gente empieza a tener coordinación pobre, que se empiezan a sentir cansados la mayor parte del tiempo, que sufren accidentes con facilidad y que tienden a vivir en hospitales o casas de cuidado. Es la época en que ya no son tan ingeniosos, en que son incapaces de recordar cosas simples o de aprender nuevas habilidades. Es cuando ya no emplean productivamente su tiempo y su personalidad es muy diferente a lo que con anterioridad fue.

La sociedad parece asumir en su generalidad, que las personas cronológicamente viejas deben sufrir inevitablemente pérdidas de los recursos sociales y económicos, y que sólo

deben esperar pacientemente la declinación física y mental. Sin embargo, diversos estudios desmienten el modelo anterior, debido a que hay sujetos que se muestran fuertes, productivos, no obstante de ser de edad avanzada. Lo anterior hace comprender que no existen parámetros de edad precisos para clasificar a las personas dentro de la vejez (Kaplan, *et al*, 1993).

El estudio de este periodo del individuo es pobre, especialmente en nuestro país en donde la investigación sólo se orienta a programas de tratamiento médico y escasamente desde el punto de vista psicológico. Es por ello que en este estudio se pretende investigar algunos aspectos psicológicos de sujetos de la tercera edad.

En este capítulo se describe un panorama general de lo que es la vejez, sus características y las teorías que tratan de explicarla, así como sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales que son inherentes a esta etapa del desarrollo humano.

3.1. DEFINICIONES

Lansing (citado en Motlis, 1985), considera el envejecimiento como un proceso de deterioro que cubre todo el ciclo vital, aunque aclara que así como los primeros días se caracterizan por el crecimiento del organismo y su desarrollo, la diferenciación y refinamiento de las capacidades; la madurez y los últimos años que suelen caracterizarse por los términos "involución" o "envejecimiento" que incluyen declinación, deterioro o pérdida de las funciones.

Hunt (citado en Motlis, 1985), opina que el envejecimiento es la disminución esencialmente irreversible con el pasar del tiempo de la habilidad del organismo o de alguna de sus partes, de adaptarse a su entorno, debido a un proceso determinado genéticamente y progresivo, que se manifiesta por una disminución de su capacidad de hacer frente al estrés a que es sometido y que culmina con la muerte del organismo.

Kutner (citado en Motlis, 1985), expresa que el envejecimiento social es un proceso de rediferenciación y reintegración de roles y funciones sociales, que ocurre a medida que el individuo envejece cronológicamente y que aflora debido a cambios en el rol y *status* impuestos sobre él, por la sociedad, o bien, deliberadamente aceptados por él.

Warren (citado en Motlis, 1985), refiere que existen numerosos términos de uso común para referirse a las personas que han vivido durante mucho tiempo como son: ancianidad, vejez, viejo, envejecimiento, senectud y senilidad. Warren (citado en Motlis, 1985), agrega que los franceses introdujeron un nuevo término: "la tercera edad". El idioma español aporta los siguientes vocablos: viejo, anciano, añoso, decrepito, longevo, senil, edad proveccta y otros. Geriatras reconocidos, coinciden en que el término senil aplicado a los viejos es irrelevante, refieren que no es sinónimo de vejez y que dá una connotación negativa y además hace difícil de diagnosticar a una persona como tal. Cada autor enfatiza determinados aspectos inherentes a la vejez para dar su definición, algunos hacen mención a algunos términos que llegan a reflejar una imagen negativa de lo que es el envejecimiento, pero que no debería suceder, puesto que el envejecimiento no es algo que pueda calificarse como negativo, sino más bien como una etapa del desarrollo humano, caracterizada por el resultado de la interacción entre la cronología, la biología, el estado psíquico, el estado funcional y los estados tanto económico como sociocultural, que caracterizan a las personas (Moreno, 1994)

Por lo anterior, se deduce que existe desacuerdo sobre la definición de senectud. La dificultad de cualquier clasificación se basa en que la diversidad en los individuos durante el transcurso de su vida, sigue presente y aun parece agudizarse en la vejez. La senectud, que es el periodo de la vida en el cual se llega a ser anciano, comienza en diferentes edades para diferentes personas. La declinación en el funcionamiento corporal, empieza temprano en algunas personas y tarde en otras, este envejecimiento físico señala el comienzo de la vejez con mayor exactitud que la edad cronológica del individuo.

3.2. TEORIAS ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO

Debido al cuestionamiento de: ¿Por qué y cómo envejecemos?, han surgido una serie de importantes teorías que tratan de explicar este proceso, aunque ninguna de ellas ha sido aceptada como la respuesta definitiva (Papalia, 1990).

De acuerdo a Medrano (1990), las teorías del envejecimiento están divididas en dos categorías generales:

1. Incluye a aquellas que sugieren que el envejecimiento se debe a cambios irreversibles dentro de los núcleos celulares.
2. Incluye a aquellas que proponen que el envejecimiento es el resultado de la acumulación de *detritus* en el organismo (en células viejas, en tejidos, en órganos, etcétera) o cambios no genéticos en la célula, los cuales eventualmente producen desbalances metabólicos tan graves que el organismo no puede funcionar y muere (Moreno, 1994).

A continuación se revisan algunas de las principales teorías:

TEORIA PROGRAMADA

Puesto que cada especie tiene su pauta de envejecimiento y su propia esperanza de vida, el envejecimiento debe constituir de alguna forma, parte de la estructura misma del organismo. Programando el futuro argumento vital, de modo que el individuo se reproduzca, envejezca y finalmente muera. Las fuerzas de la naturaleza ayudan a la nueva generación a sobrevivir y a desempeñar la parte que le corresponde en el programa (Wilson, citado en Papalia, 1990).

TEORIA DEL GEN

Esta teoría tiene tres variantes:

1. Cada individuo nace con uno o más genes nocivos que se activan posteriormente en la vida, originando el envejecimiento y finalmente la muerte.

2. Las personas tienen dos tipos distintos de genes, uno que les proporciona bienestar en la juventud y otro que les produce declinación posteriormente en la vida. Al principio de la vida predominan los "genes buenos" y en la mediana edad los "genes malos".
3. Solamente está involucrado un conjunto de genes, que en la mediana edad cambian su carácter de buenos a nocivos (Papalia, 1990).

TEORIA DE LA TERMINACION DEL PROGRAMA GENETICO

De acuerdo con esta teoría, existe una cantidad determinada de material genético básico, ácido desoxirribonucleico (DNA), en cada célula. A medida que las células se desarrollan y envejecen, se agota el DNA y mueren las células (Kastenbaum, 1980; Papalia, 1990).

TEORIA DE LA MUTACION SOMATICA

Esta teoría postula que con los años, por diversas causas, tales como agentes mutógenos o cambios en la estructura de las macromoléculas integradas en los sistemas metabólicos, se pierde información del DNA, lo que finalmente trae como consecuencia el envejecimiento (Martínez, 1990; Papalia, 1990).

TEORIA DE LA ACUMULACION DE METABOLITOS

Creyendo que lo "malo" expulsa lo "bueno", los seguidores de esta teoría sostienen que el envejecimiento es un resultado de la acumulación en el tiempo de sustancias dañinas en diversas partes del cuerpo. Tales sustancias incluyen subproductos químicos del metabolismo, los cuales interfieren en el funcionamiento normal de tejidos orgánicos, ya que desplazan sustancias provechosas para dicho funcionamiento (Papalia, 1990).

TEORIA DEL ERROR

Esta es una teoría popular cuyos planteamientos prácticamente carecen de fundamentación de acuerdo a Rockstein y Sussman (citados en Papalia, 1990). Su tesis es que ocurren alteraciones en el DNA y que estos errores se transmiten al RNA (ácido ribonucleico) y finalmente a enzimas que se sintetizan de nuevo. Cuando la cantidad de enzimas llega a un

nivel lo suficientemente elevado, las células mueren y cuando hay suficientes células muertas, muere el individuo, sin embargo, investigaciones recientes han revelado que las enzimas son menos activas a medida que avanza la edad, pero no se han demostrado cambios cualitativos en ellas como para indicar que estén defectuosas (Papalia, 1990).

TEORIA DEL DESGASTE Y LA DESTRUCCION

Esta teoría plantea que las tensiones internas y externas, las cuales incluyen la acumulación de subproductos nocivos, agravan el proceso de desgaste y destrucción, entonces, a medida que envejecen, las células son cada vez menos capaces de reparar o reemplazar los componentes dañados, de modo que mueren (Kastenbaum, 1980; Papalia, 1990).

TEORIA DE LA AUTOINMUNIDAD

Esta teoría refiere que los sistemas inmunes de nuestro organismo, han sido diseñados para repeler sustancias dañinas tales como: virus, bacterias y proteínas extrañas. Con la edad, este sistema puede llegar a ser "confuso", de modo que no puede distinguir elementos que le son propios tales como sus proteínas y por ello las ataca, atacándose a sí mismo. Esta explicación es otra de las que se refiere a qué sucede, pero no a cómo sucede (Papalia, 1990).

A pesar de la diversidad de teorías acerca del envejecimiento, aún no quedan coherentemente explicadas la aparición o evolución de las causas que provocan el envejecimiento (Papalia, 1990).

3.3. ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA VEJEZ

La mayoría de las personas mayores son razonablemente saludables. En la vejez el problema reside en el hecho de que una enfermedad dada se superpone a diversas dolencias crónicas preexistentes y a sistemas orgánicos que han perdido capacidad de reserva. De esta manera el paciente de edad avanzada, presenta un mecanismo equilibrado en forma delicada, en la

cual una molestia puede llevar a mayores consecuencias, (Estes, 1969, pag. 124; cita Papalia *et al*, 1990).

Muchos de los cambios del proceso de envejecimiento pueden no ser causados por enfermedad, por lo que el conseguir su curación es dudoso. Con facilidad es difícil distinguir entre los cambios producidos por el envejecimiento y los causados por la enfermedad. Los pacientes solicitan tratamiento para una combinación de estos factores, obviamente, las personas mayores necesitan más cuidados de salud.

Goldman (1989), refiere que durante el proceso de envejecimiento se llevan a cabo una serie se cambios biológicos que cita:

1. Pelo y piel: el pelo encanece y se pierde progresivamente. La piel se vuelve arrugada, inelástica y más delgada. Aparecen queratosis en diversas partes del cuerpo.
2. Ocorre la pérdida gradual del volumen y la fuerza muscular, hay pérdida real de células musculares.
3. El sistema nervioso parece lentificarse, los reflejos son en general más lentos, así como las reacciones a los estímulos. Con frecuencia hay cierta alteración de la memoria reciente, pérdida de intereses, pérdida de adaptabilidad y dificultad para aceptar nuevas ideas. Con los cambios patológicos adicionales puede presentarse la demencia senil (confusión natable y pérdida de la orientación, la memoria, la capacidad de raciocinio y lo apropiado de la respuesta). El sistema nervioso presenta más claramente que cualquier otro sistema, los límites mal definidos entre los cambios normales, los esperados y los cambios tolerables a causa del envejecimiento y las modificaciones producidas por la enfermedad.
4. Hay deterioro de otros sentidos, se va perdiendo el gusto y el olfato. Existe presbicia (vista cansada), reducción de los campos visuales, lentificación de la adaptación y aumento del umbral para la estimulación luminosa, lo que da por resultado una visión difícil bajo luz mortecina. La audición disminuye al incrementar la edad, por lo general disminuye más a las frecuencias elevadas, llegando a afectar el lenguaje.
5. El aparato cardiovascular se ve afectado. Disminuye el gasto cardíaco en reposo, se pierde la capacidad para reaccionar a la tensión del esfuerzo, aumenta la resistencia

vascular periférica y sobreviene una tendencia hacia el aumento de la presión arterial sistólica.

6. En el aparato respiratorio ocurre una disminución de la capacidad pulmonar total de la capacidad vital total y aumento del volumen residual. Disminuye la capacidad respiratoria, hay menor elasticidad de los pulmones y se lentifica la difusión y el intercambio de gases.
7. El tubo digestivo pierde motilidad y disminuyen los movimientos peristálticos. Tiende a disminuir la producción de ácido gástrico y la absorción de hierro, por lo que aparece la anemia.
8. Las vías urinarias se ven afectadas, pues el flujo sanguíneo renal y la filtración glomerular disminuyen de manera notable. En las mujeres hay tendencia a la incontinencia, vaciamiento incompleto de la vejiga e infecciones vesicales crónicas. En los hombres, el aumento del tamaño de la próstata produce vaciamiento incompleto de la vejiga, nicturia e infección persistente. Otro problema que afecta a la adaptación social del anciano es la incontinencia (Goldman, *et al*, 1989).

3.4. ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA VEJEZ

Kaplan y Sadok (1993), refieren que el paso de los años va acompañado de diversos cambios psicológicos. Estos cambios incluyen características bien conocidas, como lentitud del pensamiento, alteración leve y no progresiva de la memoria a corto plazo, reducción de las manifestaciones de entusiasmo, aumento de la desconfianza, cambios de las pautas de sueño con tendencia a las siestas diurnas y un cambio libidinal de la genitalidad al conducto alimentario y el interior del cuerpo.

El término senectud se puede utilizar para referirse a la psicopatología de la última etapa del ciclo vital del individuo, es una crisis de movimiento lento. La mayoría de los cambios son graduales y progresivos. Los cambios entre los 35 y 45 años de edad, son cuantitativamente parecidos a los que existen entre los 65 y los 75 años de edad. De acuerdo a la teoría del envejecimiento, el cuerpo se muere un poco cada día (Kaplan *et al*, 1993).

Según Papalia, *et al* (1990), la vejez es otra de las fases del desarrollo de la vida de la persona, entendiéndose que es una fase que no es estática. Cada fase del ciclo vital humano tiene elementos traumáticos que son específicos y propios de ese grupo de edad. Los ancianos han acumulado gran experiencia en todos los aspectos de la vida. El anciano tiende a ser definido en términos de su separación del núcleo fundamental de la humanidad, en vez de en términos de continuidad. Por su misma naturaleza, la vejez es visible, y por ello es una entidad diagnóstica a la que se le puede negar todo tipo de remedio, empezando así el abandono.

Algunos individuos se resisten a enfrentar lo que sucede en esta fase del desarrollo. Se rehusan a modificar sus demandas, de acuerdo a la disminución de sus capacidades físicas y mentales; niegan sus limitaciones que cada día son mayores y emplean muchos mecanismos de defensa para negar su declinación, lo que conduce a diversas manifestaciones psicopatológicas como: censuras paranoides, terquedad excesiva y agresividad hostil. Por otro lado pueden presentar de la misma manera, consecuencias patológicas, la resignación y el rendirse prematuramente ante un concepto exagerado de la declinación física y mental que tiene lugar con el envejecimiento (Papalia *et al*, 1990).

Según Erikson (1988), las dos tareas críticas más importantes del desarrollo en la senectud son: primero, aceptar los cambios de los ideales y el concepto de sí mismo como resultado del paso de la edad y segundo, aceptar los cambios de los procesos físicos del cuerpo. Lo primero permite poder aceptar la pérdida de personas importantes en la vida personal, así como la idea de la propia muerte cercana.

El diagnóstico psiquiátrico en la senectud para que sea preciso no puede ser simple. Las enfermedades psiquiátricas pueden manifestarse por síntomas y signos físicos como pérdida de peso, sequedad de la boca, cambios de ritmo cardíaco, aumento o disminución de presión arterial y temblores. Los trastornos de la conciencia, el afecto, la percepción, el pensamiento y el contenido de la ideación a menudo se manifiestan abiertamente en combinación con los síntomas físicos (Goldman, 1989).

Se deben tener en cuenta algunas enfermedades físicas comunes cuando se examina al paciente anciano, ya que éstas producen síntomas mentales. Las toxinas de origen bacteriano y metabólico son comunes en la vejez. Las toxinas bacterianas se desarrollan en focos infecciosos como neumonía o infecciones urinarias. La intoxicación metabólica que produce síntomas mentales en la vejez es la uremia. También como causa de deficiencias mentales puede ser la diabetes, la insuficiencia epática y la gota (Goldman 1989).

En lo que respecta al estado psíquico del anciano, existen diferencias individuales, ya que no se puede decir que las personas se vuelven psicológicamente viejas a cierta edad, un hecho es común, a cualquier persona en proceso senescente: la deterioración paulatina que se opera en la esfera intelectual y perceptiva, habrá de reflejarse a un nivel superior de integración al nivel de la personalidad del individuo, tanto en su fase interna (autoimagen, sentimientos y actitudes), como en la externa o en la conducta adaptativa al medio. Respecto a la primera, además de que las diferencias individuales no permiten fijar un punto de inicio de tal deterioración, existe un desacuerdo, algunos autores afirman que a partir de la tercera década de vida, siendo hasta aproximadamente los 60 y 65 años cuando se observa una baja significativa en el rendimiento de tal tipo de material. Sin embargo y por el contrario, algunos otros sostienen que es precisamente a partir y alrededor de los 50 años, cuando el individuo puede obtener realmente el máximo provecho de su potencial de experiencia adquirido (Ramos, 1980).

En el deterioro de las capacidades intelectuales y de las funciones perceptivas se observa que:

1. La memoria revela signos deficitarios en sus aspectos de fijación y evocación.
2. Existen problemas en el área de fijación de la atención.
3. Existe una disminución gradual de la agudeza visual y auditiva. Este estado a un primer nivel conductual se proyecta como:
 - a) Reducción de la curiosidad intelectual;
 - b) Disminución del dinamismo e iniciativa; y
 - c) Algunas veces se observa un estado de irritabilidad e impaciencia.

Conforme se avanza en el proceso de envejecimiento, se observa otra serie más definida de alteraciones psíquicas más notables como:

1. Pérdida de la fluidez mental, expresada a través de la detención del pensamiento, la perseveración.
2. Dificultad de adquisición intelectual nueva.
3. Tendencia a la reiteración.
4. Modificación de la afectividad.
5. Hipersensibilidad en las relaciones interpersonales. La conducta adaptativa al medio, es por lo tanto problemática.

Sullivan (1947), dice que si el desarrollo de la personalidad del sujeto ha sido y seguido un curso sano, el individuo vivirá su vejez con un cierto grado de angustia positiva o generadora de acción que lo matendrá en un adecuado contacto con la realidad, sin embargo, si el individuo posee una personalidad fragmentada, el estado deficitario de la edad avanzada constituirá un motivo para expresar su conflictiva no resuelta en etapas anteriores (Kaplan y Sadok, 1993).

Hoch (1964), refiere que dentro del desarrollo normal de la personalidad del anciano, hay determinados rasgos que sufren cambios o incrementos notorios en una gran parte de la población senecta. A continuación se citan algunos:

- a) La hipocondría, que es la preocupación injustificada por las funciones corporales, se incrementa de manera notoria en los ancianos. En general el anciano al tener menos tareas a que atender, presta una mayor atención a sus pequeños achaques y accidentes. Al anciano le es más fácil sentirse enfermo por la gran experiencia que ha obtenido en su vida sobre enfermedades, ya hayan sido éstas padecidas por él o por sus conocidos. La preocupación por su cuerpo ayuda al individuo a protegerse del reconocimiento de sus fracasos; "debido a mi enfermedad, no debo hacer tal o cual cosa", siendo ésta, una manera de racionalizar más aceptable que el reconocer "no puedo" que arremete contra el prestigio.

- b) Las depresiones son un fenómeno muy común en la vejez. Estas depresiones tienen como causas precipitantes, pérdidas de diversos tipos, como la muerte de un cónyuge o de un pariente cercano y querido, independencia de los hijos que se van, retroceso en la posición social, falta de trabajo, amenaza de pérdida por una enfermedad física, etcétera. La depresión puede volver a las personas desorganizadas, distraídas, descuidadas, apáticas, incapaces de concentrarse y desinteresadas por el ambiente que las rodea. Algunas veces los trastornos depresivo-afectivos están asociados con algún trastorno orgánico mental, por lo que es conveniente diferenciarlos.
- c) Trastornos maníacos e hipomaniacos aparecen con menos frecuencia que los depresivos. No obstante, pueden aparecer al final de la vida. La familia del paciente puede no reconocer la fase hipomaniaca de un trastorno bipolar, pueden atribuirlo a agresividad, hiperactividad o falta de juicio, característicos de un cerebro senil. Generalmente este trastorno sigue a un trastorno depresivo, presentando con frecuencia una conducta hostil o paranoide.
- d) Los trastornos y pautas obsesivo-compulsivas de la edad avanzada, son parecidas a las que se presentaron en etapas anteriores de la vida del anciano. Son excesivamente escrupulosos, perfeccionistas, ponen una atención exagerada en los detalles y presentan dudas acerca de sí mismos y de su suficiencia. Estos rasgos pueden con facilidad convertirse en síntomas que terminan por inmovilizar al paciente. El tratar de detener los actos compulsivos puede traducirse en una ansiedad aguda e intolerable. Estos síntomas representan un esfuerzo por parte del individuo para impedir una completa desintegración, por lo que la terapia debe estar dirigida al ambiente y no a los propios síntomas.
- e) Los estados de ansiedad en la vejez tienden a ser más frecuentes que en las etapas anteriores de la vida del individuo, debido a que la inseguridad y las situaciones que provocan ansiedad son más frecuentes en esa etapa de la vida.
- f) En la senectud, la dependencia del individuo aumenta notablemente, debido al temor de ser aislados y encontrarse solos, el anciano tiende a asirse a otra persona que bien puede ser el cónyuge, otro pariente o alguna amistad, necesitando comprobar constantemente que esta persona no los abandonará. Cuando por cualquier motivo se

les deja solos, aunque solo sea un momento, su reacción es la de sentirse que han sido abandonados.

3.5. ASPECTOS SOCIALES DE LA VEJEZ

En lo que respecta al ámbito sociocultural, es importante tener presente que el hombre solo, puede ser comprendido observando el marco que lo acoge y en el cual se desenvuelve.

La relación entre el anciano y la familia debe entonces partir de las características que esta última asume según la cultura en la que se encuentra inmersa. Una revisión en los antecedentes culturales de nuestro pueblo, puede permitir constatar el papel o función social que jugaban nuestros ancestros en su cultura.

Ciertamente en las civilizaciones Maya y Azteca, pilares de nuestros orígenes, con una organización eminentemente patriarcal y que se encontraban continuamente acediados por lacras que mermaban su población, tales como epidemias, continuas guerras, etcétera, los individuos que lograban sobrevivir a tales circunstancias, eran vistos con admiración y respeto. Esta situación les permitía la oportunidad de tener un importante acceso en la organización política y social de su pueblo. Así por ejemplo, en todo evento importante, el anciano siempre se encontraba presente; el rito del matrimonio siempre era presidido por los más ancianos (o cihuatlanques). Una vez que los padres habían elegido a la cónyuge, correspondía a los ancianos la petición de mano de la prometida y realizaban la salutación o bienvenida por adquirir el honor de "entrar a ser vieja". Si se trataba de un embarazo, de acuerdo a las costumbres de la época y siempre dentro de las clases económicamente pudientes, se festejaba con un banquete, que era iniciado con un discurso siempre por parte del anciano (Riva Palacio, 1980). La vejez en tales circunstancias era valiosamente ponderada, se poseía esa importante comprensión de continuo vida-muerte y de la aceptación serena de que el vivir y el envejecer son dos momentos de un mismo continuo.

En la actualidad el anciano ya no ocupa el papel social de transmisor de tradición y cultura, dada la gran rapidez y simultaneidad con que se producen los cambios en todos los órdenes. Encuentra dificultad para asimilarlos con la rapidez que el cambio exige. Su función en este sentido ha venido a ser constituida por los medios masivos de comunicación, producto natural y necesario de nuestros tiempos. Por tanto, las circunstancias que rodea al anciano son diferentes, aún cuando se sigue observando una continuidad o influencia psicológica entre los componentes del grupo familiar, ésta se empieza a ver modificada en algún grado.

La conflictiva biológica y psicológica se puede ver acentuada dadas las condiciones sociales que prevalecen y que hacen que la edad constituya una referencia de primer orden para el hombre que alcanza ciertos límites. Así, se observa que a partir de los 40 años, las oportunidades para integrarse al círculo productivo de trabajo se ven restringidos, llegados los 60 años, se le presiona a la persona en el mejor de los casos a que no trabaje, a que descansa, que observe y no actúe; sin reflexionar lo suficiente que el trabajo constituye un sentimiento necesario y vital y no debe ser solamente productivo, sino que pudiera ser creativo (Ramos, 1980).

Papalia, *et al* (1990), refiere que el anciano pierde su estatus social, al perder juventud, belleza, poder y éxito, por lo que al derrumbarse su amor propio, aumenta su dependencia en otros para lograr la satisfacción de sus necesidades. Muchas veces se mostrará como inválido o muy deprimido para enmascarar su búsqueda de ayuda y poder ocultar a si mismo y a los demás su actitud de querer depender de alguien más.

Erikson (1988), dice que suele compararse la dependencia de los lactantes y de los ancianos. Los bebés se están desarrollando desde el desamparo hasta la suficiencia, mientras que los ancianos están perdiendo la autosuficiencia y se vuelven cada vez más desamparados.

La consideración de los aspectos sociológicos de la vejez, puede iniciarse a partir de que todo individuo es producto de su sociedad y su cultura, y esta posee un complejo ámbito físico, moral, político, artístico y social a partir del cual el hombre toma un sentido y adopta

un carácter (Ramos, 1980). El estudio de la vejez puede enfocarse desde distintos puntos de vista.

Existen diversas teorías sociológicas que tratan de explicar las relaciones sociales con y entre los ancianos. Se forman en dos grupos:

1. Las que explican la relación del individuo y la sociedad.
2. Las que explican cómo se adapta el anciano a su proceso de envejecimiento.

3.5.1 TEORIAS QUE EXPLICAN LA RELACION DEL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD

TEORIA DE LA SUBCULTURA

Rose (1965), explica que se puede desarrollar una subcultura, cuando miembros de una determinada edad interactúan con miembros de una misma edad. La subcultura se desarrolla por la afinidad que se establece positivamente entre las personas, que aún siendo mayores, se encuentran en buen estado de salud como para poder interactuar libremente entre sí. Muchas sociedades industriales han marginado por medio del retiro o jubilación a toda una población de individuos que al encontrarse marginados recurren a integrarse en grupos. Son personas que además comparten problemas en común, generalmente de salud, de estado de vida o económicos. Esta identificación como grupo, condiciona a que se desarrolle una subcultura de la vejez.

TEORIA DEL MEDIO SOCIAL

Gubrium (1975), asume que el comportamiento del individuo dentro de la sociedad en la etapa de la vejez, está condicionado con los factores biológicos y sociales que prevalecen en su hábitat. Es decir, que la conducta de toda persona depende del ambiente social que lo rodea, de su condición física y de los recursos que tenga para resolver sus necesidades. Es decir, no sólo el ambiente social que lo rodea con sus normas, sino los recursos materiales que posea y las posibles opciones que le brinde. Según Gubrium (1975), la forma en que una

persona de edad avanzada pueda actuar, depende o está influenciada por tres elementos: salud, dinero y apoyos sociales.

TEORIA DE LA ESTRATIFICACION SOCIAL

Esta teoría propuesta por Riley (1968), explica las desigualdades entre generaciones, aseverando que en cualquier tipo de sociedad existen diferencias entre los sujetos, debidas a las diferentes edades de sus miembros. Las edades separan a los sujetos en diferentes estratos debido a que la interacción de las personas de la misma, está determinada por la forma de comportarse según el rango de edad y de experiencia a que pertenezca el sujeto. Según esta teoría, la desigualdad del anciano en cualquier tiempo y contexto cultural, depende de dos tipos de experiencias.

1. Las experiencias debidas a cambios físicos o mentales;
2. Las experiencias de conducta del grupo de edad a que pertenecen, en un momento dado. Siendo los estratos más jóvenes los que determinan la dirección del cambio entre generaciones.

3.5.2 TEORIAS QUE EXPLICAN LA ADAPTACION DEL SUJETO EN SU VEJEZ

TEORIA DE LA SEPARACION, RETRAIMIENTO O DESARRAIGO

Esta teoría expuesta por Cumming y Henry (1961), aplica el término separación al proceso a través del cual el sujeto va separando gradualmente los roles y actividades que ha ocupado dentro de la sociedad. Todas las personas ancianas, tarde o temprano deben separarse de la sociedad ya que finalmente morirán. Esta separación es funcionalmente necesaria con objeto de que las instituciones sociales sobrevivan y se mantenga una estabilidad y funcionamiento social cohesivo. La sociedad y el individuo van separándose mutua, simultánea y gradualmente y van haciendo que se produzca un decremento en la interacción de individuos entre los individuos ancianos y los demás sujetos del sistema social a que pertenecen (Papalia, 1990).

La teoría sostiene que los ancianos se encuentran preparados para la separación cuando reconocen que van perdiendo fuerza y vitalidad para mantener los roles que ocuparon cuando más jóvenes y se dan cuenta además, que es corto el tiempo que les queda por vivir. El proceso de separación sirve ante todo para ir preparando al individuo a morir.

La teoría se aplica especialmente a la sociedad norteamericana ya que no puede aplicar en otras sociedad donde los ancianos no se les separa del medio social y familiar. Esta teoría es una justificación para poder separar a los ancianos de la interacción social sin provocar sentimientos de autoreproche.

TEORIA DE LA ACTIVIDAD

Propuesta por Havighurst (1968) y elaborada por Maddox (1968), la teoría tuvo por objeto refutar la teoría de la separación o retraimiento. La teoría propone que la única manera de que un anciano logre hacer frente a las pérdidas ocasionadas por la vejez, es manteniendo la moral en alto y aumentando su autoestima, por lo que el anciano debe de tratar de preservar sus roles y actividades. La teoría está basada en la suposición de que tanto los jóvenes como los ancianos necesitan social y psicológicamente mantenerse activos. El mantenerse activos les permitirá mantenerse aptos para enfrentar los requerimientos de la vida cotidiana.

Esta teoría sostiene que cuanto mayor sea el número de roles o actividades que desarrolle una persona, más preparada se encontrará para defenderse del desánimo o desilución que podrían ocasionarle los roles impuestos por su vejez. La persona de edad avanzada logrará conservarse más feliz cuanto mayor sea el número de actividades que desarrolle, ya que en general la inactividad está relacionada directamente con la infelicidad.

TEORIA DE LA CONTINUIDAD

Esta teoría propuesta por Neugarten (1968), sostiene que los individuos retienen en la vejez actitudes, valores y hábitos que desarrollaron en etapas anteriores de su vida, lo que ocasiona que el avance de los procesos que se llevan a cabo en la senectud, no se desarrollen en forma brusca, sino más bien, de una manera gradual debido a dicha tendencia. Se puede

afirmar que el comportamiento de una persona en un momento dado, está determinado por la forma en que se comportó con anterioridad (Riedel, 1986) El cambio de roles se lleva a cabo de una manera gradual mediante la consolidación y redistribución de actividades, lo anterior no significa que los roles perdidos deban ser reemplazados por otros nuevos.

Analizando las interrelaciones entre los cambios biológicos y psicológicos, los hábitos de las personas, sus preferencias y asociaciones podemos encontrar la continuidad que el individuo relaciona con su vejez.

TEORIA DE LOS ROLES

Según esta teoría, las personas mayores se exponen a una serie de cambios ocasionados por la tecnología en el avance de la modernidad, que les ocasiona ver afectada su posición en la sociedad, con la consiguiente pérdida de roles.

Rosow (1967), señalaba que el proceso a través del cual eran asignadas posiciones a los diferentes sujetos en la sociedad, definía tanto los roles como el *status* de dichas posiciones, sosteniendo que el tipo de trabajo u ocupación era lo que definía el *status* de la persona. Debido a los cambios, las personas mayores iban perdiendo roles, hasta convertir su vida en una vida sin roles. Menciona una serie de cambios que ocasionaban la pérdida de roles, conforme las personas mayores iban afrontando dichos cambios. Entre esos cambios, Rosow (1967), menciona los siguientes;

- Cambios en el control de la propiedad
- Cambios en la tecnología.
- Cambios en la productividad.
- Cambios en las formas y estilos de dependencia
- Cambios en las formas o lazos de parentesco.

Rosow (1967), concluye que es debido a estos cambios que las personas mayores se devalúan dentro de la sociedad, algo que puede observarse en las manifestaciones de exclusión e indiferencia que existen en las sociedades modernas.

Esta teoría prevalece para culturas como la norteamericana, no así para culturas como las asiáticas, donde los roles que desempeñan los ancianos son de mucha importancia (Vatuk, 1980). En resumen, las diversas teorías expuestas, coinciden en que en la vejez se suscitan cambios inherentes que afectan al individuo de diversas maneras, incluyendo la personalidad. Es evidente que resulta imposible medir la personalidad exacta y totalmente, ya que los rasgos de personalidad continuamente varían en diversos grados.

La proliferación de pruebas e inventarios de personalidad publicados, indican que los psicólogos han realizado un sinnúmero de estudios y mediciones en este sentido.

Pruebas como el MMPI surgidas de la psicopatología, se han aplicado posteriormente en la evaluación de rasgos de la personalidad, siendo éste el enfoque utilizado en esta investigación.

CAPITULO IV

EL MMPI

4.1. EL MMPI Y SU DESARROLLO

Desde su publicación a principios de los años cuarenta, el MMPI, (Hathaway y Makinley, 1940) se convirtió en uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la personalidad de los individuos, no sólo en el campo de la psicología clínica sino además en otros campos como pueden ser la psicología laboral o la psicología educativa.

Es un instrumento a través del cual un individuo puede definir sus propias características y la imagen que tiene de sí mismo. Se le puede considerar como una técnica de inventario con excelentes bases psicométricas y, al mismo tiempo, como una técnica proyectiva (Núñez, 1979).

El MMPI, Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota elaborado por Hathaway y Mckinley (1940), es sumamente ambicioso en cuanto a sus resultados, sin embargo, es importante que no se sobrevalore la validez del instrumento, ya que esta prueba no dá una predicción precisa de la conducta. Aunque es totalmente cierto que muchas de las

calificaciones numéricas del MMPI han sido relacionadas repetida y adecuadamente con datos de conducta significativos (Graham, 1990).

Puede afirmarse que teniendo presentes algunas de las características del MMPI y cierta forma de combinar las variables básicas, es posible lograr datos que reflejan de modo muy completo las características de una persona, tanto las alteraciones patológicas que puedan existir en su personalidad, como sus recursos; su posibilidad para recibir ayuda; sus mecanismos de defensa y en general; la organización psicodinámica de sus rasgos (Rivera, 1991).

La prueba está fundamentada en un criterio empírico que señala que cuando un grupo de personas son parecidas en ciertos aspectos de su conducta, es decir, en la forma de contestar a una serie de preguntas acerca de ellos mismos, son también parecidas en otros aspectos y por lo tanto, ciertas características de la personalidad individual son sugeridas por la forma en que responden, cuando estas contestaciones se comparan con las obtenidas de un grupo dado (Graham, 1987).

4.1.1 DESARROLLO DE ESCALAS BÁSICAS Y DE VALIDEZ

El primer paso en la elaboración de las escalas básicas, consistió en la selección de reactivos, obtenida de una amplia variedad de enunciados afirmativos de tipos de personalidad, extraídos de casos psicológicos y psiquiátricos. Inicialmente de una serie de aproximadamente mil enunciados afirmativos, se seleccionaron 504 que se juzgaron relativamente independientes entre sí.

Posteriormente se seleccionaron grupos criterio. Un grupo criterio denominado *normal*, lo formaron con familiares y visitantes de los pacientes del hospital de Minnesota. El segundo grupo principal de sujetos llamado *clínicos*, estaba formado por pacientes psiquiátricos de los hospitales de la Universidad de Minnesota. Este grupo incluía pacientes representativos de todas las categorías diagnósticas psiquiátricas principales.

Los sujetos fueron divididos en subgrupos de muestras de diversos diagnósticos clínicos. Cuando existía alguna duda sobre el diagnóstico clínico de un paciente, se excluía del grupo. Los subgrupos formados de sujetos clínicos fueron: hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía. Después se agregaron dos escalas clínicas adicionales. Primero la escala Masculinidad-Feminidad (MI) y segundo, la escala de Introversión Social (Is) desarrollada por Drake (1946), que se incluyeron como escalas básicas del MMPI (Graham, 1987).

Por último, se administraron los reactivos a los grupos normales Minnesota y a los pacientes en cada uno de los grupos clínicos, de tal manera que se pudieran identificar los que diferenciaban significativamente entre el grupo clínico específico, otros grupos clínicos y el grupo de sujetos normales.

Tratando de obtener una validación cruzada de cada una de las escalas clínicas, se seleccionaron grupos de sujetos normales y de sujetos clínicos con un diagnóstico específico en particular y se les administró la escala que se deseaba validar. Si se encontraban diferencias significativas entre el grupo normal y el grupo clínico, entonces se tomaba la escala clínica con una validación cruzada adecuada, que servía para elaborar el diagnóstico diferencial de pacientes de los que no se conocían sus características diagnósticas (Núñez, 1979).

DESARROLLO DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ

Originalmente se desarrollaron cuatro escalas cuya interpretación indicaba básicamente, la actitud del paciente hacia el cuestionario. La escala (?) "*No puedo decir*", se obtenía sumando las preguntas que el sujeto no contestaba. En la actualidad se le pide al sujeto que trate de contestar todas las preguntas procurando no dejar ninguna sin hacerlo, por lo que esta escala está en desuso. Una puntuación alta indicaba que debido a que el sujeto no sabía cómo contestar, no era posible llegar a conclusión alguna sobre su situación psicológica, y por lo tanto, la prueba se invalidaba. De las tres escalas de validez restantes, la L estaba

integrada por 15 reactivos que presentaban situaciones socialmente deseables, pero que en contadas ocasiones eran llevadas a cabo por el sujeto. Cuando la escala se elevaba, mostraba la necesidad del sujeto de mostrarse socialmente ajustado. Cuando el puntaje de la escala era bajo, el sujeto estaba tratando de mostrarse rígido y estricto sin importarle incluso el sentirse rechazado por el grupo. Esta escala se basó en las investigaciones sobre la honradez de las personas y la tendencia a mentir, aplicadas a la situación de responder pruebas psicológicas (Graham, 1987).

La escala F estaba integrada por reactivos que buscaban discriminar sujetos que se enfocaban a la prueba en forma diferente de lo que se esperaba hicieran. Los reactivos se referían a elementos severos de alteraciones psicológicas. Cuando la puntuación era elevada, mostraba fuerte tensión interna con tendencia a exagerar su problemática, dando muestras de sentirse incapaz de manejarla adecuadamente. A veces la puntuación se elevaba por la incapacidad para comprender adecuadamente los reactivos, en especial los expresados en forma negativa. Una elevación reducida se relacionaba en general con una capacidad de *insight* baja (Rivera, 1991).

La escala K fue la última de las escalas de validez en desarrollarse, construida por Meehl y Hathaway (1946); McKinley y cols. (1948), es la más compleja de las tres. Estaba formada por reactivos que mostraban la tendencia del sujeto a no reconocer la propia problemática. Los reactivos se obtuvieron empíricamente comparando aplicaciones en un grupo de pacientes clínicamente desviados que producían perfiles normales, con un grupo de sujetos que también producían perfiles normales pero que no mostraban ningún tipo de psicopatología. Una puntuación elevada en K intentaba mostrar defensa y hacía poner en duda la validez de las respuestas de la persona a los demás reactivos.

Actualmente la escala K es usada como un factor de corrección de la misma prueba, elevando puntajes de cinco escalas: hipocondría, desviación psicopática, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía que constituyen las escalas que probablemente se alteran con más facilidad por ser las más sensibles a la tendencia de no reconocer la propia problemática. El

objetivo consistía en que el examinador pudiera estar en condiciones de determinar hasta qué punto, se debían elevar para reflejar más adecuadamente y con mayor objetividad los rasgos psicológicos del sujeto.

Comparando la eficiencia de cada una de las escalas clínicas con la de esas mismas escalas a las que se les había sumado el factor de corrección K, se logró determinar el factor adecuado para que cada escala se corrigiera de la desviación provocada por las defensas presentadas. La corrección K no era usada en algunas escalas clínicas, pues se consideraba que su puntuación cruda, reflejaba por sí sola una predicción clínica bastante exacta del sujeto (Graham, 1987).

La interpretación combinada de las escalas de validez, muestra principalmente 'la actitud' del sujeto al responder al inventario. La forma en que estas tres escalas estaban relacionadas, mostraban con bastante exactitud, la actitud que el sujeto asumía hacia su autodescripción, sin embargo, se debe tener en cuenta que los puntajes obtenidos tienen una precisión determinada y que la elevación representada por estos signos, es relativa con respecto a como se encuentran organizados dentro de cada perfil individual.

Se ha observado además que en todos los sujetos existen tendencias a presentar cierto cuadro de sí mismos al contestar preguntas del tipo del MMPI. A este respecto existen dos tendencias claras, una de tipo defensivo, que tiene por objeto presentar un cuadro favorable de sí mismo ante los demás, y otro de ser autocrítico en extremo. Los defensivos parecen estar relacionados con el cuadro histérico y los autocríticos, con el cuadro obsesivo-compulsivo (Graham, 1987).

4.1.2 ENFOQUE ACTUAL DE LA UTILIZACION DEL MMPI

El instrumento mostró después de varios años de ser utilizado clínicamente y de ser sometido a un sinnúmero de validaciones posteriores, que no servía plenamente para obtener un psicodiagnóstico válido de un paciente nuevo. Se observó que las escalas clínicas no eran

medidas puras de los síndromes de los síntomas sugeridos por sus nombres. Esto condujo a múltiples investigaciones que llevaron a concluir que muchas de las escalas clínicas del MMPI, están intercorrelacionadas, por lo que no sólo una escala, sino varias, están elevadas a la vez para un sujeto dado. Actualmente, se da menos importancia a las denominaciones diagnósticas en sí, ya que se piensa que la nosología psiquiátrica no es tan importante como el diagnóstico médico, por lo que el MMPI se usa en la actualidad de una manera muy diferente a como fue usado en sus orígenes. Se supone que las escalas clínicas miden algo, conclusión obtenida al observar las diferencias confiables encontradas entre sujetos que pertenecen a diferentes grupos clínicos de referencia. En este enfoque se considera cada escala del MMPI como una unidad desconocida, y es por medio de la experiencia clínica y de la investigación empírica, como se discriminan los correlatos de cada escala. La puntuación obtenida por una persona en una escala determinada, recibe una atribución de características y conductas que a través de investigaciones y experiencias anteriores, se han identificado para otros sujetos con puntuaciones similares en cada una de las escalas (Núñez, 1979).

Para evitar que se le diera otro significado a las escalas debido a sus nombres clínicos, se les asignaron números a cada una de las escalas originales, sustituyéndolos por dichos nombres, teniéndose así para la Hipocondriasis, el número (1); Depresión (2); Histeria (3); Desviación Psicopática (4); Masculinidad-feminidad (5); Paranoia (6); Psicastenia (7); Esquizofrenia (8); Hipomanía (9) e Introversión social (0).

Esta prueba llegó a tener una gran aceptación entre los clínicos, pues si bien no lograba un diagnóstico diferencial de tipo psiquiátrico en los grupos clínicos, si generaba descripciones o inferencias sobre un individuo en particular, ya fuera un sujeto normal o un paciente, basándose en sus propios perfiles (Lucio y Ampudia, 1995).

El MMPI, una prueba que Hathaway y Mckinley (1940) desarrollaron para diagnosticar trastornos mentales en los hospitales de la Universidad de Minnesota, se convirtió en el inventario de personalidad más ampliamente aplicado e investigado por la comunidad clínica

a nivel mundial. En la actualidad se conocen más de 140 traducciones del MMPI en casi medio centenar de países (Lucio, 1995).

En México se realizaron numerosas investigaciones con la versión original del inventario, desde que el doctor Rafael Núñez, tradujo la prueba alrededor de 1965. Algunos estudios marcaban índices elevados de psicopatología en la población mexicana (Navarro, 1971; Lucio, 1976; Ampudia, Stilman y Villanueva, 1977; Cárdenas, 1987).

Otros estudios señalaban diferencias importantes entre la población mexicana y la estadounidense (Casabal y Wengerman, 1974; Rivera y Ampudia, 1976; Lucio y Labastida, 1993). Dado que la versión original no se adaptó ni se estandarizó, no era posible saber si estas diferencias eran reales o se debían a las limitaciones de utilizar una traducción literal. Es por ello que se decidió emprender un trabajo cuidadoso con la nueva versión del instrumento: MMPI-2" (cita Lucio y Ampudia, 1995, pág. 15).

4.2. EL MMPI-2 Y SU DESARROLLO

4.2.1 MOTIVOS PARA LA MODIFICACION DEL MMPI

No obstante que el instrumento fue considerado como de excelente funcionalidad por un largo periodo de tiempo, hubo muchos críticos que tenían dudas sobre algunos aspectos del instrumento. La primera revisión después de la llevada a cabo en 1943, se hizo en 1982. Diferentes consideraciones impulsaron a los investigadores a proceder a la revisión del instrumento original, como fueron el considerar que algunos reactivos estaban anticuados en su redacción o bien que habían caído en desuso, recomendando que éstos fueran eliminados y que se ampliara el repertorio de reactivos, incluyendo temas más contemporáneos.

Se consideró además que la muestra original de reactivos del MMPI no era suficientemente amplia para obtener una adecuada evaluación de muchos rasgos de personalidad como podían ser aquellas relacionadas con el suicidio o el uso de drogas.

Con objeto de llevar a efecto dicha revisión, la Universidad de Minnesota estableció en 1982, un comité de revisión, formado por James N. Butcher; W. Grant Dahlstrom y John R. Graham (Graham, 1990).

4.2.2 METAS DE LA REESTANDARIZACION DEL PROYECTO

Debido a la amplia base de investigaciones que fundamentaba el uso del MMPI en la evaluación psicológica, era más apropiada una adaptación y reestandarización que el que se modificara totalmente el instrumento.

Desde el inicio se determinó que se guardaría la mayor continuidad posible entre la prueba original y la revisión por hacerse. Lo anterior permitiría guardar y consolidar toda la investigación llevada a cabo desde su principio hasta la actualidad; información que además mostraría su relevancia sobre la nueva versión.

Primeramente el proyecto tenía como meta, el trabajar con una muestra contemporánea, normativa, que representara más genuinamente a la población general, que la muestra original de Hathaway en 1940.

Otra meta importante consistió en ampliar la reserva de reactivos del MMPI rediseñando algunos de ellos o bien quitando algunos considerados como objetables o fuera de época, diseñando nuevos que agrandaran la dimensión del contenido de la reserva de reactivos.

Se esperaba que el proyecto proporcionara datos que condujeran al mejoramiento de las escalas básicas, así como los reactivos que se añadieran a la reserva fuera útiles para generar algunas escalas nuevas (Graham, 1990).

Para el MMPI-2 se crearon nuevas escalas de validez que apoyan a las escalas del MMPI original: La escala F posterior, las escalas INVAR (Escala de inconsistencia en las respuestas variables) y la INVER (Escala de inconsistencia en las respuestas verdaderas). Son nuevos tipos de escalas de validez, diseñadas para complementar los indicadores tradicionales de validez (Lucio y Ampudia, 1995).

4.2.2.1 PROCESO DE ELABORACION DEL FOLLETO EXPERIMENTAL

Se llevaron a cabo varios procesos al mismo tiempo para que hubiera continuidad entre el MMPI original y la forma revisada, se mantuvieron todos los 550 reactivos de la forma AX, y se quitaron los 16 reactivos repetidos existentes en el original, ya que se observó que no tenían ningún propósito útil y que inclusive, perturbaban a algunos sujetos al momento de contestarlos.

De los 550 reactivos, 82 fueron escritos nuevamente para la Forma AX; a 15 se les cambió la redacción con objeto de eliminar la referencia a un género determinado (sexo). Algunos reactivos sufrieron cambios en sus expresiones, pero tratando de mantener el significado original de los reactivos, sólo que usando un lenguaje más aceptable y contemporáneo (Graham, 1990).

Un cambio muy importante consistió en añadir reactivos nuevos aumentando la reserva de los mismos. Su contenido fue revisado por el comité, y una vez hecha la evaluación clínica de su contenido, se añadieron a la reserva con lo que la prueba aumentó a 704 reactivos. La elaboración de los nuevos reactivos abordaron temas como potencial suicida, relaciones maritales, abuso de drogas y alcoholismo, actitudes hacia el trabajo, patrones de conducta tipo A y disponibilidad al tratamiento.

Otro cambio importante fue el desarrollo de una nueva distribución normativa que reflejara mejor los problemas clínicos y que resolviera la falta de uniformidad en la clasificación

percentil que existe en las escalas del MMPI original; logrando además que los puntajes T tuvieran percentiles equivalentes a través de las escalas.

La media y las desviaciones estándar de puntajes naturales para sujetos de la nueva muestra, son mayores que las de la muestra del grupo normativo original examinado por Hathaway y Mckinley (1940), por lo que los puntajes T basados en las nuevas normas no se desviarán tanto como los basados en las normas originales de la prueba (Graham, 1990).

4.2.2.2 RECOPIACION DE MUESTRAS NUEVAS Y ANTECEDENTES

NORMATIVOS

Se recopilaron nuevas muestras de un amplio grupo que fueron seleccionadas al azar, para que fuera representativo de la población actual de los Estados Unidos. Para asegurar la representatividad geográfica, fueron seleccionados siete estados: Minnesota, Ohio, Carolina del Norte, Washington, Pennsylvania, Virginia y California. Con objeto de aumentar la representatividad poblacional, sujetos de grupos especiales se agregaron a la muestra como indios americanos, negros, latinos y minorías étnicas. Además, los sujetos proporcionaron datos biográficos y la historia de sus costumbres; a las parejas se les inquirió sobre el tipo y duración de sus relaciones, evaluándose uno al otro en 110 características.

La muestra final quedó constituida por dos mil 600 sujetos (mil 138 hombres y mil 462 mujeres) de los cuales había 841 parejas. La muestra estaba formada por 81 por ciento de blancos; 12 por ciento de negros; 3 por ciento de hispanos; 3 por ciento de indios americanos y 1 por ciento de asiáticos-americanos.

Las edades del grupo estaban entre los 18 y 85 años, mostrando una Media=41.04 y una Desviación Estándar =15.29. De acuerdo a su estado civil, la conformación de la prueba presentaba un 61.6 por ciento de hombres casados y un 61.2 por ciento de mujeres casadas.

Respecto a su bagaje cultural, el grupo escogido había recibido educación escolar por un periodo de tiempo de tres a 20 años o más, mostrando una Media de 14.72 y una Desciación Estándar de 2.60 en su educación escolar. El 32 por ciento de los hombres y el 21 por ciento de las mujeres ejercían una profesión o tenían un trabajo administrativo, sólo el 12 por ciento de los hombres y un 5 por ciento de las mujeres eran trabajadores comunes.

Con respecto a sus ingresos económicos, los hombres mostraron un ingreso promedio de 30 a 35 mil dólares por año, mientras que las mujeres un ingreso promedio de 25 a 30 mil dólares por año. Como dato curioso se cita el hecho de que un 3 por ciento de hombres y un 6 por ciento de mujeres recibían tratamiento mental cuando contestaron el inventario (Graham, 1990).

4.2.3 ESTRUCTURACION FINAL DEL PROTOCOLO

El protocolo quedó conformado por 567 reactivos en su forma AX. Diversos criterios se utilizaron en la selección de los reactivos para decidir cuáles quedarían integrados en el instrumento. De la reserva provisional de 704, fueron eliminados 137 por no entrar dentro del estándar de validez y por considerarse objetables (Graham, 1990).

El MMPI-2 en muchos aspectos parecido al MMPI original, contiene todos los reactivos necesarios para medir la validez y escalas clínicas estándar, así como las escalas de contenido y suplementarias. Las mejoras en el MMPI-2 se muestran más en concordancia con las costumbres y formas actuales, así como mejores reactivos debidos a su actualidad (Lucio, 1995).

TABLA DE DESARROLLO DEL MMPI Y DEL MMPI-2

Escala	Número de reactivos			Tipos de cambio			
	Suprimidos	Que se mantuvieron	Cambiatos	A	B	C	D
L	0	15	2	1	1	0	0
F	4	60	12	1	5	6	0
K	0	30	1	0	1	0	0
Hs	1	52	5	0	1	3	1
D	3	57	2	1	1	0	0
Hi	0	60	9	0	4	2	3
Dp	0	50	4	0	2	1	1
Mf	4	56	6	1	2	1	2
Pa	0	40	2	1	0	0	1
Pt	0	48	2	0	0	1	1
Es	0	78	13	0	1	7	5
Ma	0	46	7	4	2	1	0
Is	1	69	6	0	3	2	1
No en las escalas	---	---	16	3	7	3	3

- A. Eliminación de posible lenguaje sexista.
- B. Modernización del idioma y su uso.
- C. Clarificación gramatical. Tiempo, voz, adiciones y omisiones.
- D. Simplificación (Lucio 1995, pág. 9).

4.3 ESTUDIOS DE NORMALIZACION, CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL MMPI-2 EN EL EXTRANJERO

El MMPI-2, probablemente será utilizado extensamente con poblaciones ancianas en el futuro, debido a que ayuda a hacer importantes detecciones para tratamientos o tomar decisiones dispositivas con los ancianos, por ello es importante examinar si las normas y puntuaciones de la prueba en poblaciones de ancianos son similares a las encontradas en poblaciones más jóvenes. El ver si se necesitan normas especiales para ancianos en algún instrumento en particular, es a la vez una pregunta empírica y conceptual. Es importante determinar si hay diferencias normativas relacionadas con la edad, como lo evaluado por el instrumento, y el evaluar, si alguna de dichas diferencias, son de importancia clínica. Por ejemplo, hasta el punto que se puede esperar cambios somáticos con la edad, puntuaciones

elevadas en escalas como hipocondriasis que podría ser realmente normativa y relacionada con cambios objetivos más que un cambio de personalidad *per se*. Por otro lado, el tener normas separadas para los ancianos, puede ocultar cambios importantes relacionados con la edad. De ahí la importancia empírica y conceptual de cualquier diferencia relacionada con la edad.

Recientemente Lezak (1987), hizo un fuerte llamado a que se desarrollen normas separadas en pruebas psicológicas incluyendo el MMPI, para ser usadas con sujetos ancianos. Este punto de vista ha sido respaldado por los resultados de varios estudios (Britton y Savage, 1965; Pearson, Swenson y Rome, 1965; Harmatz y Shader, 1975). Este llamado tiene cierto interés predictivo. Por ejemplo, si la mayoría de los ancianos tiene puntuaciones elevadas en una escala en particular, sería incorrecto concluir que una puntuación elevada de un anciano en dicha escala, es un indicador de patología *per se*. Sin embargo, otros investigadores no han encontrado necesidad de normas específicas o correcciones por edad en las poblaciones de ancianos (Canter, Day, Imboden y Cluff, 1962).

Como grupo, los ancianos responden de alguna manera diferente a las mediciones del MMPI original, que como lo hacen los adultos más jóvenes en seis de las diez escalas clínicas. Varios estudios han demostrado que los ancianos en conjunto tienden a tener puntuaciones más altas en las escalas de hipocondriasis, depresión, histeria e introversión social, y más bajas puntuaciones en las escalas de desviación psicopática e hipomanía. (Brozek, 1955; Aaronson, 1958, 1960, 1964; Calden y Hokanson, 1959; Swenson, 1961; Kornetzky, 1963; Hardyck, 1964; Gynther y Simkunas, 1966; Postema y Schell, 1967; Botwinick, 1970; Schwart, Osborne y Krupp, 1972; Gingsburg y Goldstein, 1974; Neugarten, 1977; Hibbs, Kobos y González, 1979; Dye, Bohm, Andersen y Cho, 1983; Schenkenberg, Gottfredson y Christensen, 1984; Hyer, Harker y Harrison, 1986).

No obstante que la consistencia entre estudios es impresionante, hay una serie de dificultades con la investigación. Las diferencias observadas son generalmente pequeñas y probablemente no reflejen cambios genuinos en psicopatología conforme los individuos

envejecen (Swenson, 1985). La magnitud de las diferencias observadas no permiten predecir o describir inferencias acerca de los ancianos comparados con adultos más jóvenes.

Otros investigadores se han enfocado en la estabilidad de las dimensiones de la personalidad a través de la edad del adulto (Slater y Scarr, 1964; Cshaie y Parham, 1976). Costa y MacCrae (1977), encontraron la extraversión estable a través del tiempo y León, Guillum, Guillum y Gouze (1979), encontraron que la gente mantenía su posición relativa en las escalas del MMPI a través de un periodo de 30 años, con la escala de introversión social, teniendo la más alta estabilidad en el test-retest. Finn (1986a, 1986b), encontró evidencia substancial de mayor estabilidad en muchas características en ancianos, que en grupos de gente más joven. Costa y MacCrae (1977), concluyeron que la personalidad era "especialmente estable" a través del tiempo (Butcher y cols., 1991).

Bolla y Bleecker (1989), examinaron los efectos de la edad en sujetos mayores de 40 años; Strassberg, Clutton y Korboot (1991), examinaron el desempeño de 60 mujeres y 50 hombres australianos; Coolidge, Burns y Nathan (1992), compararon a 36 sujetos de 61 a 78 años, con 573 sujetos de 16 a 58 años de edad, para evaluar los desórdenes de la personalidad; Priest y Meunier (1993), realizaron un estudio con mujeres de la tercera edad.

Butcher, Aldwin, Levenson, Ben-Porath, Spiro Itt y Bossé (1991), llevaron a cabo un estudio con el MMPI-2 en hombres de la tercera edad donde se examinó si era necesario tener normas separadas para ancianos. Puntuaciones de mil 459 hombres en el Estudio Normativo de Envejecimiento (ENE). Fueron contrastados con las puntuaciones de mil 138 hombres del estudio de Reestandarización del MMPI. El estudio tuvo tres metas primarias. Primero, compararon puntuaciones de las respuestas en el MMPI-2, de las escalas de validez, clínicas y de contenido, de participantes de entre 40 y 90 años de edad, del ENE del Departamento de Asuntos para Veteranos de Boston, con aquellas respuestas de los hombres de la muestra de Reestandarización del MMPI-2, con edades de 18 a 94 años. Las respuestas de la muestra de reestandarización contenían las nuevas normas del MMPI-2 que fueron comparadas con otros

grupos. El objeto consistía en examinar similitudes o diferencias en estas poblaciones para averiguar si se necesitaban normas especiales para los ancianos.

En segundo lugar, se llevó a cabo análisis a nivel de reactivos para determinar qué proporción de respuestas diferían entre los grupos. Finalmente se examinaron las diferencias de edad de los grupos en el MMPI-2 dentro de cada muestra, para determinar si las diferencias comúnmente observadas en el MMPI se observan también en el MMPI-2 y si estas diferencias se muestran consistentes a través de la muestra. También se llevó a cabo un análisis exploratorio de la edad del grupo en las nuevas escalas de contenido.

Los resultados que se obtuvieron en el orden descrito anteriormente, muestran primero que los hombres de la muestra del ENE fueron muy similares en sus perfiles de las escalas clínicas y de contenido con las de los hombres de la muestra de Reestandarización. De las diez escalas clínicas y 15 de contenido, sólo una escala se desvió más de cinco puntos; los hombres del ENE tuvieron una Media de 44 en la escala Mf. Las Desviaciones estándar de las escalas clínicas y de contenido de los sujetos del ENE, estuvieron cerca de diez, que es la Desviación estándar para la muestra de la Reestructuración del MMPI-2.

Segundo, no habiendo encontrado diferencias apreciables entre las dos muestras a nivel de escalas, se compararon las muestras del ENE y de la Reestandarización a nivel de reactivos. Las diferencias a nivel de reactivos se analizaron comparando en las dos muestras, los porcentajes de las contestaciones de reactivos que apoyaban el sentido de la escala en todos los reactivos del MMPI-2. De los 567 reactivos, sólo 14 se diferenciaron por más de un 20 por ciento. Se concluyó que las respuestas a las dos muestras del MMPI-2 son muy similares. El contenido de los reactivos que diferenciaron las dos muestras, reflejan actitudes y comportamientos que se esperaría que variaran con la edad del grupo.

Por último se encontraron diferencias significativas en los grupos de edad, de Wilks=.88, $F(39, 4273.78) = 4.93, p < .0001$. Cuatro de las seis escalas del MMPI que son típicamente sensitivas a las diferencias de edad (en el MMPI original) mostraron diferencias significativas

en los grupos de edad, en la dirección esperada en el MMPI-2 D, Dp, Ma e Is. Se mostró una tendencia para Hs ($p < .05$), y sólo Hi no mostró la diferencia esperada entre grupos de edades. Además los grupos de edad mayores en la muestra del ENE, tuvo puntuaciones significativamente más altas para L. También hubo diferencias significativas en los grupos de edad en la muestra de Reestandarización del MMPI-2, Wilks=.79, $F(39, 1490.24) = 3.20$, $p < .0001$. La F 's univariada, mostró diferencias significativas en las puntuaciones de D, Dp, Hi y Ma en las direcciones esperadas.

Sin embargo, las magnitudes de estas diferencias fueron pequeñas y muchas representaban los efectos individuales o combinados de los factores de grupo y de cambios con la edad en el estado de salud, más que cambios relacionados con psicopatología *per se*. Concluyeron que normas especiales relacionadas con la edad, no eran necesarias en el MMPI-2 para ancianos.

4.4. ESTUDIOS DE NORMALIZACION, CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL MMPI-2 EN MEXICO

El primero en traducir la versión original del Inventario al castellano fue el doctor Núñez, (1965). Algunos estudios mostraban índices de psicopatología en la población mexicana. Navarro, (1971); Lucio, (1976); Ampudia, Stilman y Villanueva, (1977) y Cárdenas, (1987). Otros estudios indicaban grandes diferencias entre la población mexicana y la norteamericana, Rivera y Ampudia, (1976); Lucio y Labastida, (1993). Puesto que la versión original ni se adaptó, ni se estandarizó a la población mexicana, era imposible saber si las diferencias eran verdaderas o bien, si se debían a la utilización de una traducción deficiente. Debido a las razones anteriores se emprendió un trabajo profundo y minucioso con la nueva versión del instrumento: MMPI-2 en México (Lucio, 1995).

Primeramente se procedió a obtener una traducción del instrumento, adecuada a la población mexicana. Posteriormente se llevó a cabo un estudio para obtener las normas en la población de estudiantes universitarios de la UNAM (Lucio, 1995).

La investigación mostró diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones de ambos países; sin embargo, éstas eran menores y las obtenidas en la aplicación del MMPI original, las diferencias fueron pequeñas ya que ninguna de las escalas clínicas en la población mexicana presentó una media que estuvo por arriba de T 55, y desde luego no mostraron niveles psicopatológicos como sucedió con la versión original del instrumento. Lo anterior se aplicó tanto a las escalas básicas como a las de contenido y a las suplementarias. En su aplicación a hombres, las mayores diferencias se encontraron en las escalas L y 8 (esquizofrenia). En las mujeres, las mayores diferencias se encontraron en las escalas L y 5 (masculinidad-feminidad) (Lucio, Reyes y Scott, 1994). En las escalas de contenido, los mexicanos puntuaron más alto en la escala de Miedos, y las mujeres en la escala de Obsesividad, Miedos y Personalidad tipo A.

En las escalas suplementarias, los mexicanos puntuaron más alto en las escalas de Represión y Hostilidad Reprimida, mientras que las mexicanas tuvieron puntuaciones más elevadas en Represión y Desadaptación Profesional. Ampudia y Lucio, (1994). La semejanza entre los tres tipos de perfiles de mexicanos y norteamericanos es mayor en los hombres que en las mujeres.

Los perfiles de estudiantes mexicanos obtenidos con el MMPI-2 tienden a ser normales, algo que no se obtenía en la aplicación del instrumento original, con el cual la tendencia era a mostrar patología.

Los coeficientes de confiabilidad alfa, se mostraron más elevados en la población mexicana, tanto en las escalas básicas (Durán, 1995), como en las de contenido (Páez, 1995) y las suplementarias (Lucio y Ampudia, 1995).

El instrumento discriminó adecuadamente entre los estudiantes y una muestra de pacientes psiquiátricos (Lucio y Palacios, 1994). Los datos de test-retest, muestran una confiabilidad adecuada (Pérez y Farías, 1995).

Por todos los estudios anteriores, se infiere que la aplicación del MMPI-2 a población mexicana proporciona resultados más confiables que la aplicación del MMPI original.

Existe una vasta información acerca de los estudios efectuados con el MMPI original y el MMPI-2, tanto en antecedentes como en características, validez, confiabilidad, diferencias, comparaciones, etcétera. La importancia de este estudio resalta debido a que en México sólo existe un estudio realizado con el MMPI original en ancianos (Ramos, 1980) y otro realizado en ancianos con la escala suplementaria de Fuerza del yo del MMPI-2 (Ramírez y López, 1995 en prensa).

CAPITULO V

METODOLOGIA

5.1. JUSTIFICACION

Diversos investigadores se han enfocado en la estabilidad de las dimensiones de la personalidad a través de la edad (Later y Scarr, 1964; Cshaic y Parham, 1976). Costa y McCrae (1977), encontraron que la personalidad puede ser estable a través del tiempo y León, Guillum, Guillum y Gouze (1979), observaron que la gente mantenía su posición relativa en las escalas del MMPI a través del tiempo.

Cuando se habla de gente de la tercera edad, por lo general se piensa en gente no productiva ni funcional y cuya personalidad puede ser muy diferente a lo que fue en el pasado. Se asume en su generalidad que las personas cronológicamente viejas deben, por esto, sufrir inevitablemente cambios biológicos, físicos y pérdidas de los recursos sociales, los cuales conducen a cambios psicológicos.

La importancia de determinar cuáles son los rasgos de personalidad, que sirven para entender mejor esta etapa de la vida, conducirá a diseñar programas de apoyo para que los sujetos que se encuentran en esta etapa, puedan ser ayudados a desarrollar al máximo sus capacidades y disminuir de alguna manera las deficiencias en que normalmente incurrir.

Por lo tanto el objetivo principal de este estudio, es determinar aquellos rasgos de personalidad en estos sujetos, que permitirá identificar cuáles son las características de personalidad en sujetos funcionales de la tercera edad, por lo que para esta investigación se plantea la siguiente pregunta problema.

5.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales características de personalidad de sujetos de la tercera edad, medidos a través del MMPI-2?

¿Cuáles son las diferencias en el perfil de personalidad entre sujetos de la tercera edad y el perfil de personalidad de estudiantes universitarios mexicanos, medidos a través del MMPI-2?

5.3. HIPOTESIS

5.3.1 HIPOTESIS CONCEPTUAL

Existen diferencias en el perfil de personalidad entre sujetos mexicanos de la tercera edad y el perfil de personalidad de estudiantes universitarios mexicanos, medidos a través del MMPI-2.

5.3.2 HIPOTESIS ESPECIFICAS

Ho.1. No existen diferencias estadísticamente significativas en la elevación de las escalas clínicas 1(Hs), 2(D), 6(Pa), 8(Es) y validez (F) en sujetos mexicanos de la tercera edad, comparados con el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

Ha.1. Existen diferencias estadísticamente significativas en la elevación de las escalas clínicas 1(Hs), 2(D), 6(Pa), 8(Es) y validez (F) en sujetos mexicanos de la tercera edad, comparados con el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

- H0.2.** No existen diferencias estadísticamente significativas en la elevación de las escalas de contenido (ANS), (MIE), (SAU), (DEL), (ENJ) y (BAE) en sujetos mexicanos de la tercera edad, comparados con el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.
- Ha.2.** Existen diferencias estadísticamente significativas en la elevación de las escalas de contenido (ANS), (MIE), (SAU), (DEL), (ENJ) y (BAE) en sujetos mexicanos de la tercera edad, comparados con el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.
- H0.3.** No existen diferencias estadísticamente significativas en la elevación de las escalas suplementarias (A) y (Fp) y en el decremento de la escala (Fyo) en sujetos mexicanos de la tercera edad, comparados con el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.
- Ha.3.** Existen diferencias estadísticamente significativas en la elevación de las escalas suplementarias (A) y (Fp) y en el decremento de la escala (Fyo) en sujetos mexicanos de la tercera edad, comparados con el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

5.4. VARIABLES

5.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Grupo de ancianos y grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

5.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Resultados obtenidos en el MMPI-2 versión en español (Lucio y Reyes, 1992).

5.4.3 VARIABLES ATRIBUTIVAS

5.4.3.1 Edad

Se refiere al paso del tiempo que transcurre desde el nacimiento.

5.4.3.2 Sexo

Circunstancia de género, que diferencia entre macho y hembra.

5.4.3.3 Estado Civil

Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.

5.4.3.4 Escolaridad

Duración de los estudios del individuo, en un centro docente

5.5. DEFINICION DE VARIABLES

Independiente: La senectud se refiere al periodo de la vida en el que se llega a ser anciano, es la declinación en el funcionamiento corporal y psicológico que señala el comienzo de la vejez con mayor exactitud que la edad cronológica del individuo. Se describe también como el anuncio de la culminación del ciclo de vida (Erikson, 1985).

Dependiente: Los resultados obtenidos en la aplicación del MMPI-2 a través de los factores de la personalidad, son características cuantitativas que permiten la organización de las escalas de validez, básicas, contenido y suplementarias, que al dar un resultado en un código, combinando las diferentes escalas, permiten obtener un perfil para su interpretación clínica de acuerdo a los cuadros clínicos correspondientes a los nombres de las escalas, que se refieren entre otras, a las actitudes de las personas frente a la evaluación, cuyo propósito es señalar el grado de confiabilidad con que se pueden hacer inferencias a cerca de la personalidad con base en el perfil de la prueba. Esta actitud está basada en el grado de conformidad con el grupo dentro del cual funciona el examinado, en el proceso de socialización y en el estado de salud mental en que se encuentre.

5.6. MUESTRA

Para integrar la muestra se establecieron los criterios de inclusión que a continuación se mencionan:

1. Que sean mexicanos.
2. Edad de 55 hasta 83 años.
3. Sujetos funcionales, en cuanto a que realizaran actividades de la vida cotidiana.
4. Que no presentaran enfermedades graves o daños orgánicos que les imposibilitara responder adecuadamente el inventario.

La muestra de esta investigación se conformó de forma aleatoria, con sujetos que se identificaron como funcionales en el INSEN (13 hombres y 82 mujeres); y sujetos funcionales voluntarios que no pertenecían a ninguna institución (52 hombres y 48 mujeres), quedando la muestra formada por 195 sujetos (65 hombres y 130 mujeres). Para determinar el número de sujetos que formó la muestra, se tomó como criterio el que una muestra es válida con un mínimo de 60 sujetos para que sea representativa (Ben-Porath, 1995).

A todos los sujetos se les aplicó los criterios de exclusión propuestos por Butcher (1989) y adaptados por Lucio (1995), que son aplicables para saber si un perfil debe o no ser interpretado, dichos criterios se enuncian a continuación:

1. Índice de Gough hasta 9
2. Respuestas VERDADERO hasta 454 (80%)
3. Respuestas FALSO hasta 454 (80%)
4. Sin respuestas hasta 29
5. INVER de 5 hasta 13
6. INVAR hasta 13
7. Fp hasta 11
8. F hasta 20

Al aplicar los criterios establecidos para esta investigación, se eliminaron 24 sujetos que se negaron a terminar la prueba y se excluyeron 14 según los demás criterios establecidos. La muestra final, quedó integrada por 157 sujetos (60 hombres y 97 mujeres).

5.7. TIPO DE ESTUDIO

De tipo exploratorio que tiene tres propósitos: descubrir variables significativas en escenarios de campo; descubrir relaciones entre variables y establecer la base para una prueba de hipótesis posterior, más sistemática y rigurosa (Kerlinger, 1988).

De campo porque está dirigida a descubrir relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales (Kerlinger, 1988).

La ventaja principal de este tipo de estudio consiste en que los resultados se pueden generalizar a la población, en caso de que la muestra sea representativa, dado que la investigación se lleva a cabo donde se manifiesta el fenómeno. La desventaja es que el control de variables puede ser muy limitado (Pick y López, 1983).

5.8. DISEÑO DE INVESTIGACION

De una sola muestra, con una sola aplicación.

De una sola muestra porque se extrae de una población determinada, donde el objetivo principal es extrapolar los resultados obtenidos y hacer generalizaciones acerca de la población. Como el tipo de diseño lo indica, se busca aceptar la hipótesis nula, es decir, determinar que no existen diferencias entre la muestra y la población (Pick y López, 1983).

De una sola aplicación, porque estudia un solo grupo cada vez, después de someterlo a la acción de algún agente, tratamiento, test o prueba que se presume capaz de provocar un cambio (Campbell y Stanley, 1963; citado en Arnau, 1978).

5.9. INSTRUMENTO

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) consta de 567 reactivos, es una prueba de amplio espectro, diseñada para evaluar un número de patrones importantes de la personalidad y de los desórdenes emocionales. La versión traducida al español (Lucio y Reyes, 1992) se empleó para esta investigación.

La aplicación puede ser individual o colectiva y dispone de un solo tipo de hoja de respuestas, que pueden utilizarse para diferentes métodos de calificación.

En la calificación de las hojas de respuesta se pueden utilizar dos métodos: El de lectura óptica o el manual.

En el trazo de los perfiles de forma manual, se requiere de un tiempo aproximado de 20 a 40 minutos, dependiendo de las escalas a calificar. Se cuenta con plantillas especiales para cada escala. Las plantillas se colocan sobre la hoja de respuestas y se cuentan visualmente las respuestas marcadas en cada escala. Las respuestas son luego registradas en la hoja de perfil.

Para facilitar la interpretación de las calificaciones del MMPI-2 se anotan en hojas de perfiles que proporcionan un resumen visual de la elevación de las escalas y de los patrones de las calificaciones. Se usan perfiles separados para hombres y mujeres. Las hojas de perfiles están diseñadas para que una vez que se calculan los puntajes brutos, sean trazados directamente en un lugar apropiado de una gráfica, convirtiendo entonces los puntajes brutos en puntuaciones T.

Existen tres tipos de hojas de perfil disponibles para facilitar la calificación e interpretación; una para ordenar las escalas clínicas y de validez, otra para las escalas de contenido y una tercera para las escalas suplementarias.

Para realizar la interpretación de las escalas del MMPI-2 se siguieron los siguientes criterios:

ESCALAS DE VALIDEZ

Escala L (mentira)

Compuesta por 15 reactivos, valora la posibilidad de que el sujeto, haya abordado la prueba con esta actitud en mente. Proporciona al sujeto la oportunidad para negar varias faltas menores y defectos de su carácter que la mayor parte de personas están dispuestas a admitir como ciertas; aunque la escala L puede reflejar engaño en la situación de prueba, no se puede considerar como medida de la tendencia de estas personas a mentir, o engañar a otros en sus actividades diarias. Más bien sirve como un índice de la posibilidad de que un protocolo de prueba dado ha sido distorsionado por un estilo particular de responder al inventario (Lucio, 1995).

Escala F (respuestas atípicas)

Se compone de 60 reactivos. Una puntuación alta indica que el sujeto puede describir sentimientos poco habituales debido a situaciones especiales con las que se enfrenta. Puede también elevarse debido a que las personas no quieren cooperar y responden los reactivos al azar; que tienen capacidad de lectura extremadamente restringida o cuyo contacto con la realidad es precario. No es fácil que una persona que conteste la prueba con el cuidado y la comprensión debidas obtenga un puntaje crudo de más de 5 ó 6, o un valor de puntaje T mayor a 55 (Lucio, 1995).

Escala K (corrección)

Compuesta por 30 reactivos, es la más compleja de los indicadores de validez. El contenido de los reactivos cubre una extensión de características que muchos individuos prefieren negar acerca de ellos mismos o de sus familias. Los puntajes por arriba de la media pueden reflejar la tendencia a que, de una manera sutil, se inclinan las respuestas en dirección a minimizar las implicaciones de que existe un control emocional pobre e ineficiencia personal. Sin embargo, es importante observar que las personas que funcionan bien y son estables emocionalmente se describen a si mismos esencialmente de la misma manera. Por lo tanto, es de vital importancia que una elevación específica se evalúe dentro del contexto de la demás

información sobre el sujeto: La historia del individuo y sus circunstancias actuales para poder distinguir entre el sujeto que funciona bien y es psicológicamente sano, y el que tiene un enfoque marcadamente defensivo y evasivo hacia el inventario (Lucio y Ampudia, 1995).

Escala Fp (F posterior)

Se compone de 40 reactivos que se encuentran en la parte posterior del inventario. La elevación podría indicar que el sujeto dejó de prestar atención a los reactivos que se presentan en la parte final, y que contestó esencialmente al azar. La escala Fp es indicadora de invalidez, así, un puntaje T mayor de 120, indica que un protocolo no debe ser interpretado. Sin embargo, puntajes T mayores a 80 podrían sugerir ciertas respuestas inapropiadas en los reactivos de la parte final de la prueba, indicando que la interpretación de escalas de contenido y suplementarias basada en estos reactivos, debe hacerse con precaución (Lucio y Ampudia, 1995).

Escala INVER (inconsistencia en las respuestas verdaderas)

Se compone de 23 pares de reactivos opuestos en contenido, en los cuales la combinación de dos verdaderos o falsos es semánticamente inconsistente. Puntuaciones altas indican la tendencia a dar respuestas de verdadero indiscriminadamente, y los puntajes bajos la tendencia a dar respuestas de falso en la misma forma. Cuando un puntaje es muy alto o muy bajo el perfil puede ser invalidado (Lucio, 1995).

Escala INVAR (inconsistencia en las respuestas variables)

Se compone de 49 pares de respuesta (Verdadero-Falso, Falso-Verdadero, Verdadero-Verdadero y Falso-Falso). Un puntaje igual o mayor a 13 indica inconsistencia en las respuestas que probablemente invaliden el protocolo (Lucio, 1995).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ESCALAS CLINICAS BASICAS

Escala 1. (Hs) Hipocondriasis

Compuesta por 32 reactivos. Los reactivos de esta escala no están restringidos a un sistema del cuerpo o a un patrón de síntomas. Las personas con puntuaciones elevadas muestran preocupaciones corporales excesivas, síntomas somáticos vagos y quejas indefinidas. Si la elevación es muy marcada ($T \geq 76$ ó más) pueden llegar a inmobilizarse por sus síntomas. La preocupación constante de estas personas por su salud, da lugar a disminución de la eficiencia, aun cuando no están incapacitadas con una enfermedad real. Tienden a ser egoístas y narcisistas, además de pesimistas y con actitudes derrotistas. Estas personas pueden expresar hostilidad de forma indirecta y raramente la expresan abiertamente (Lucio y Ampudia, 1995).

Escala 2. (D) Depresión

Compuesta por 57 reactivos, que reflejan no sólo sentimientos de desesperanza, pesimismo y desesperación, sino también características básicas de personalidad de responsabilidad excesiva, normas personales estrictas y tendencia a sentirse frecuentemente culpables. Puntajes elevados en esta escala muestran personas deprimidas, infelices y pesimistas. Pueden ser además autocríticos en exceso y con tendencia a la culpa, expresan preocupaciones somáticas, fatiga, poca energía y tensión. Son introvertidas, se muestran tímidas, aisladas y tienden a mantener distancia psicológica evitando involucrarse con otras personas (Lucio y Ampudia, 1995).

Escala 3. (Hi) Histeria

Compuesta por 60 reactivos. Los individuos con puntaje elevado son psicológicamente inmaduros, caprichosos e infantiles. Por su egocentrismo y narcisismo esperan atención y afecto excesivo de los demás y pueden recurrir a la manipulación para obtenerlos. Sus relaciones interpersonales son superficiales e indirectas por lo que no expresan hostilidad ni resentimiento abiertamente. Tienden a mostrarse extrovertidos, amigables, platicadores y

entusiastas. Ocasionalmente su conducta sexual o agresiva puede ser desinhibida y con poca conciencia de las consecuencias de ello (Lucio y Ampudia, 1995).

Escala 4. (Dp) Desvinción psicopática

Compuesta por 50 reactivos, cuyo contenido es muy heterogéneo, lo que hace algo compleja la interpretación. Sin embargo, el puntaje total está altamente correlacionado con comportamientos que indican problemas familiares o conductuales de naturaleza agresiva, manipulación interpersonal e impulsiva. Los sujetos que puntúan alto en esta escala, son hostiles, agresivos y sarcásticos. Pueden mostrarse además cínicos, resentidos, rebeldes y opositoristas. Presentan agresividad explosiva y muestran poca culpa por su conducta negativa. Sin embargo, individuos con este tipo de perfil, pueden fingir culpa o remordimientos cuando están en problemas. Usualmente carecen de ansiedad, depresión y síntomas psicóticos. Los sujetos que obtienen elevación marcada pueden ser diagnosticados con un trastorno de personalidad antisocial o pasivo-agresiva. Estas personas muestran pocas posibilidades de cambio y carencia de metas definidas (Lucio y Ampudia, 1995).

Escala 5. (Mf) Masculinidad-feminidad

Compuesta por 56 reactivos que cubren un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que hombres y mujeres en general difieren. Como los puntajes T en esta escala para mujeres corren de manera opuesta a aquellos de los hombres, esta escala es esencialmente inversa para los dos sexos (con excepción de cuatro reactivos nuevos que funcionan igual para ambos sexos). Los reactivos son heterogéneos, en su mayoría relacionados con intereses y elecciones ocupacionales, son muy pocos los que indican problemas psicológicos o síntomas (Lucio y Ampudia, 1995).

Escala 6. (Pa) Paranoia

Compuesta por 40 reactivos que reflejan susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a mal interpretar los motivos e intenciones de otros. En algunos de estos reactivos se incluye también el estar centrado en sí mismo y la inseguridad. Los individuos con puntuaciones

muy elevadas ($T > 80$) muestran a menudo conducta francamente psicótica, trastornos del pensamiento, delirios de persecución o de grandeza e ideas de referencia. Los individuos con elevaciones marcadas ($T = 65$ a 79) manifiestan frecuentemente una predisposición paranoide. Son hipersensibles y responden exageradamente a las reacciones de otros, sienten que la vida los trata con crueldad, racionalizan y culpan a los demás de su situación. Pueden ser además hostiles y resentidos. Los que puntúan en forma moderada (56 a 65) son cautelosos, moralistas y rígidos. Algunos sujetos con problemas paranoides pueden presentar puntajes bajos ($T < 35$) (Lucio y Ampudia, 1995).

Escala 7. (Pt) Psicastenia

Compuesta por 48 reactivos. Esta escala se refiere en parte a síntomas diversos, en general refleja ansiedad y angustia (o emotividad negativa), así como normas morales estrictas, tendencia a culparse porque las cosas no salen bien y esfuerzos para controlar rigidamente los impulsos. Las personas con puntuaciones elevadas tienden a ser ansiosas, tensas y agitadas; manifiestan incomodidad y preocupación constante. Pueden ser además deprimidos, temerosos y con problemas de concentración. Se consideran a sí mismos introspectivos, meditativos e indecisos. Se sienten inseguros e inferiores, por lo que temen al fracaso y tienen poca confianza en ellos mismos. Se les considera rígidos, hipercríticos y moralistas debido a que poseen normas estrictas para sí mismos y para los demás. Son perfeccionistas y meticulosos. Finalmente muestran introspección en relación a sus problemas, tienden a intelectualizar y racionalizar (Lucio y Ampudia, 1995).

Escala 8. (Es) Esquizofrenia

Compuesta por 78 reactivos. Dada la complejidad de la escala y el gran número de personalidades y conductas sintomáticas que evalúa, la interpretación puede modificarse dependiendo de la elevación de la escala. Una elevación marcada ($T > 70$) sugiere síntomas y problemas de personalidad significativos. Son impulsivos, agresivos o ansiosos, incapaces de expresar sus sentimientos y refugiarse en sus fantasías ante el estrés. Esto puede dar lugar a dificultades para separar la realidad de la fantasía. Los sujetos que puntúan extremadamente alto ($T > 80$) pueden mostrar conducta obviamente psicótica, confusión, desorganización y

desorientación. Manifiestan pensamientos o actitudes extrañas, ilusiones, alucinaciones y pobreza de juicio (Lucio y Ampudia, 1995).

Escala 9. (Ma) Hipomanía

Compuesta por 46 reactivos. Los sujetos que puntúan muy alto ($T > 75$) son frecuentemente hiperactivos, presentan lenguaje acelerado y pueden tener alucinaciones o delirios de grandeza. Pueden expresar un amplio rango de intereses, pero no usan la energía con prudencia y tienden a no concluir los proyectos por su desorganización y dispersión. Algunas personas con puntaje elevado pueden ser creativas, emprendedoras e ingeniosas; sin embargo, mostrar poco interés en la rutina o los detalles. Tienen baja tolerancia a la frustración y pueden ser impulsivas e irritables (Lucio y Ampudia, 1995).

Escala 0. (Is) Introversión Social

Compuesta por 69 reactivos. Esta escala evalúa una dimensión bipolar de personalidad, en la cual los puntajes elevados indican introversión social y los puntajes bajos reflejan extroversión social. A diferencia de otras escalas básicas, las puntuaciones de esta escala, tanto bajas como altas, pueden ser interpretadas clínicamente. Los puntajes arriba de la media reflejan un incremento de los niveles de timidez social, preferencia por permanecer solos y carencia de autoafirmación social. Los puntajes abajo de la media reflejan las tendencias contrarias hacia la participación y ascendencia social (Lucio y Ampudia, 1995).

ESCALAS DE CONTENIDO

Estas escalas son de gran ayuda para precisar o afinar la interpretación de las elevaciones en las escalas clínicas. El valor de las escalas de contenido trasciende el sentido puramente suplementario, ya que tienen significado teórico y poder predictivo, pues han mostrado coeficientes de validez iguales o superiores a las de las escalas clínicas (Butcher y cols., 1990). Es a través de ellas y debido a la homogeneidad de sus constructos, que se puede obtener información sobre la personalidad que no se encuentra en otras escalas clínicas.

Estas escalas pueden interpretarse aplicando los significados particulares de cada elevación de la escala de contenido. Evalúan cuatro áreas clínicas generales:

1. Síntomas o tensiones internas;
2. Tendencias agresivas externas;
3. Autoconcepciones negativas; y
4. Área de problemas generales: sociales, familiares, en el trabajo y en el tratamiento (Butcher y cols., 1990, citado en Lucio y Ampudia, 1995).

1. CONDUCTAS SINTOMATICAS INTERNAS

ANS (Ansiedad)

Compuesta por 23 reactivos. Los sujetos con puntuaciones altas muestran síntomas de ansiedad, problemas somáticos y falta de concentración. Temen volverse locos, sienten tensión constante y tienen dificultades para tomar decisiones. Están conscientes de sus problemas (Lucio y Ampudia, 1995).

MIE (Miedos)

Formada por 23 reactivos. Una calificación alta en esta escala indica la existencia de miedos específicos, como pueden ser el ver sangre, temor a lugares altos, encerrados u oscuros; miedo a animales como serpientes, arañas o ratones. Miedos a fenómenos naturales como tormentas, el agua, el fuego y desastres (Lucio, 1995).

OBS (Obsesividad)

Consta de 16 reactivos. Las personas que puntúan alto, presentan dificultades en la toma de decisiones. Meditan exageradamente sobre sus problemas provocando la impaciencia de los demás. Cualquier cambio los llena de tensión. Pueden tener conductas compulsivas. Llegan a abrumarse por sus propios pensamientos (Lucio, 1995).

DEP (Depresión)

Formada por 33 reactivos. Sus puntajes elevados señalan pensamientos depresivos significativos. Implican sentimientos de tristeza y desinterés por la propia vida. Se ven infelices, lloran con facilidad y expresan desesperanza y vacío interior. Pueden tener ideas suicidas o deseo de estar muertos. Pueden sentirse condenados por haber cometido pecados imperdonables. Creen no poder ser apoyados por los demás (Lucio, 1995).

SAL (Preocupación por la salud)

Formada por 36 reactivos. Los sujetos con calificaciones altas muestran síntomas físicos en relación con las diversas funciones corporales, como pueden ser síntomas gastrointestinales (vómito, náusea, etcétera); problemas neurológicos (vértigo, desmayo, etcétera); problemas sensoriales (oído, vista, etcétera); síntomas cardiovasculares (taquicardias, etcétera); problemas de piel, diversos dolores y molestias respiratorias. Se preocupan por la salud y se sienten más enfermos que la mayoría de las personas (Lucio y Ampudia, 1995).

DEL (Pensamiento delirante)

Compuesta de 23 reactivos. Los individuos con calificaciones altas en esta escala se caracterizan por procesos de pensamiento psicótico. Pueden mostrar alucinaciones auditivas, visuales u olfatorias, pudiendo ellos mismos reconocer que sus pensamientos son extraños. También puede implicar ideas paranoides, como de que alguien conspira en contra de ellas, o que tratan de envenenarlos. Estos sujetos pueden creer que tienen una misión o poderes especiales (Lucio y Ampudia, 1995).

2. TENDENCIAS AGRESIVAS EXTERNAS**ENJ (Enojo)**

Consta de 16 reactivos. Los sujetos con puntajes altos muestran dificultades para controlar su enojo, ellos mismos se consideran irritables, gruñones e impacientes. Pueden sentir deseos de romper o dañar cosas, llegando a perder el control y lastimar físicamente a la gente, o romper objetos (Lucio y Ampudia, 1995).

CIN (Cinismo)

Compuesta de 23 reactivos. Las personas con puntuaciones elevadas, suponen motivaciones ocultas y negativas detrás de las acciones de los demás. Piensan que la gente puede ser honesta por miedo a ser descubierta. No confían en la gente por suponer que las personas sólo se utilizan entre sí, y por lo tanto cuando se muestran amistosas es por razones egoístas. Tienen actitudes negativas y hostiles con compañeros de trabajo, familiares o amigos (Lucio y Ampudia, 1995).

PAS (Prácticas antisociales)

Contiene 22 reactivos. Un puntaje elevado indica individuos con actitudes aversivas hacia los demás, parecidas a las de la escala CIN. Refieren problemas en los años escolares y muestran actitudes antisociales como robar en mercados, etcétera, que pueden conducirlos a problemas con la ley. Disfrutan con las artimañas de los criminales y piensan que no está mal, evitar el cumplimiento de la ley siempre y cuando no sean atrapados (Lucio, 1995).

PTA (Conducta Tipo A)

Consta de 19 reactivos. Puntajes altos señalan a individuos muy trabajadores y activos que con frecuencia se muestran impacientes, irritables y tensos. El día no es suficientemente largo para terminar todo lo que se han propuesto, por lo que no les gusta ser interrumpidos (Lucio, 1995).

3. AUTOCONCEPTO NEGATIVO

BAE (Baja autoestima)

Conformada por 24 reactivos. Las personas con puntajes elevados tienen una opinión pobre sobre sí mismas. Sienten no agrandar a los demás y piensan que no los consideran importantes. Se consideran poco atractivos, torpes e inútiles, sintiendo ser una carga para los demás. No confían en sí mismos y no aceptan cumplidos. Se sienten abrumados por sus defectos (Lucio, 1995).

4. AREA DE PROBLEMAS GENERALES

ISO (Incomodidad social)

Formada por 24 reactivos. Los sujetos con puntuaciones elevadas tienen dificultad para relacionarse con los demás, por lo que prefieren estar solos. No se integran socialmente al grupo. Ellos mismos se consideran como tímidos, no agradándoles las fiestas o las reuniones sociales (Lucio y Ampudia, 1995).

FAM (Problemas familiares)

Cuenta con 25 reactivos. Las puntuaciones elevadas en esta escala muestran problemas y pleitos importantes del sujeto con sus familiares. Pueden incluso sentir odio por los miembros de su familia. Describen a sus familiares como poco agradables y poco afectuosos. Consideran sus matrimonios infelices y faltos de afecto (Lucio y Ampudia, 1995).

DTR (Dificultades en el trabajo)

Formada por 33 reactivos. Las puntuaciones elevadas indican conductas que provocan un desempeño laboral pobre. Algunos de los problemas de estas personas se relacionan con poca confianza en sí mismos, falta de concentración, obsesividad y tensión, así como dificultad para tomar decisiones. Algunos argumentan haber sufrido falta de apoyo familiar en la elección de su carrera, cuestionamientos personales sobre dicha elección y actitudes negativas hacia los compañeros de trabajo (Lucio y Ampudia, 1995).

RTR (Rechazo al tratamiento)

Cuenta con 26 reactivos. Los sujetos con puntuaciones elevadas manifiestan actitudes negativas hacia los médicos y tratamiento de salud mental. No creen que nadie pueda entenderlos o ayudarlos. No discuten sus problemas personales con nadie por considerarlos muy incómodos. Pueden desear que todo permanezca igual en su vida y creen que un cambio es imposible. Prefieren pasar por alto una crisis o dificultad que enfrentarla (Butcher y cols., 1990; en Lucio y Ampudia, 1995).

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

Es un grupo de escalas adicionales que enriquecen la interpretación de las escalas básicas y que amplía el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos. En la interpretación de estas escalas no hay un límite absoluto para las puntuaciones altas y bajas. En general, las puntuaciones $T > 65$ deben considerarse como puntuaciones altas, y las puntuaciones $T < 40$ como puntuaciones bajas (Lucio, 1995).

A. (Ansiedad)

Formada por 39 reactivos. Investiga angustia, ansiedad, inconformidad y disturbios emocionales generales (Lucio y Ampudia, 1995).

R. (Represión)

Compuesta por 37 reactivos. Se refiere a características como: tendencia a ser convencionales, sumisión, así como necesidad de esforzarse por evitar disgustos o situaciones desagradables (Lucio y Ampudia, 1995).

Fyo. (Fuerza del yo)

Compuesta por 52 reactivos. Es una medida de adaptación, de fortaleza, de recursos personales y de funcionamiento eficiente. Es también un buen indicador general de salud psicológica (Lucio y Ampudia, 1995).

A-Mac. (Alcoholismo de MacAndrew)

Consta de 49 reactivos. Los puntajes elevados pueden estar asociados con la propensión a la adicción en general, más que con la tendencia al alcoholismo solamente. Además de sugerir la posibilidad de un problema de abuso de sustancias, los puntajes altos son característicos de personas que son socialmente extrovertidas, exhibicionistas y que están dispuestas a correr riesgos (Lucio y Ampudia, 1995).

Hr. (Hostilidad reprimida)

Formada por 28 reactivos. Esta escala proporciona una medida de la capacidad individual para tolerar la frustración sin tomar represalias y la tendencia de las personas a responder apropiadamente a la provocación en la mayoría de los casos, aunque ocasionalmente demuestren respuesta de agresión exagerada sin provocación aparente (Lucio y Ampudia, 1995).

Do. (Dominancia)

Compuesta por 25 reactivos. Esta escala es una medida de la tendencia de un individuo a tener ascendente y control sobre sus relaciones interpersonales (Lucio y Ampudia, 1995).

Rs. (Responsabilidad social)

Compuesta de 30 reactivos. La escala evalúa características como: capacidad de la persona para aceptar las consecuencias de su propia conducta, responsabilidad, integridad y compromiso para con el grupo (Lucio y Ampudia, 1995).

Dpr. (Desajuste Profesional)

Consta de 41 reactivos. Esta escala es útil para identificar la existencia de problemas emocionales en los jóvenes durante los estudios profesionales, pero no muy útil en predecir futuras dificultades de adaptación. Los puntajes altos muestran poca adaptación del sujeto e indica ineficiencia, pesimismo y angustia (Lucio, 1995).

GM y GF. (Escala de Género Masculino y Género Femenino)

Formada por 47 reactivos para el Género Masculino y 46 reactivos para el Género Femenino. Para sujetos masculinos GM se relaciona con una gran confianza en sí mismo, perseverancia marcada y amplitud de intereses, además de la carencia de temores o sentimientos de autoreferencia. Para las mujeres GM también se relaciona con una gran confianza en sí mismas, con honestidad y disposición para probar nuevas cosas, también indica ausencia de preocupaciones y sentimientos de autoreferencia.

Para sujetos masculinos GF se relaciona con religiosidad, la tendencia a no hacer juramentos o maldecir, además de ser francos en señalar a otros sus faltas personales. También se correlaciona con el ser impositivo, tener poco control sobre el propio temperamento y propensión al abuso de drogas y alcohol. Para las mujeres GF también se relaciona con religiosidad y problemas con el alcohol y las drogas (no prescritas) (Lucio, 1995).

EPK y EPS. (Desorden por Estrés Postraumático)

EPK Desorden por Estrés Postraumático de Keane, formada por 46 reactivos.

EPS Desorden por estrés postraumático de Schlenger, compuesta por 60 reactivos.

Estas dos escalas tienden en gran parte a ser más independientes una de la otra. Ambas pueden usarse conjuntamente para mejorar la clasificación diagnóstica (Lucio y Ampudia, 1995).

5.10. PROCEDIMIENTO

En el presente estudio, se examinaron las características de personalidad de sujetos de la tercera edad, medidos a través del MMPI-2, en su versión en español para México (Lucio y Reyes, 1992), en una población de sujetos mexicanos de entre 55 y 83 años de edad, compuesta por 65 hombres y 130 mujeres. Los cuales fueron contrastados con los datos obtenidos de la muestra de estudiantes universitarios mexicanos (Lucio, 1995).

La muestra se obtuvo al azar de sujetos que atienden a clases en el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) en la ciudad de México (13 hombres y 82 mujeres), en cinco grupos de aproximadamente 20 sujetos cada uno; y (34 hombres y 36 mujeres) en pequeños grupos de cinco hasta 10 personas, de voluntarios que se reunieron en casas particulares, para contestar la prueba; los demás (18 hombres y 12 mujeres), en aplicaciones particulares de una, dos o tres personas, llevadas a cabo por los investigadores en los domicilios de los entrevistados.

La población total de estos últimos grupos consistió de 52 hombres y 48 mujeres. La muestra total incluyendo todos los grupos estuvo formada por 195 sujetos (65 hombres y 130 mujeres).

A los sujetos se les motivó a que tomaran interés en la prueba, explicándoles que a través de ésta, podrían conocer rasgos de su personalidad y así poder hacer los ajustes necesarios en su comportamiento. Es de interés mencionar, que un porcentaje elevado de los sujetos (aproximadamente 95 por ciento), se mostró muy interesado en elaborarla. Sólo dos sujetos optaron por permanecer en el anonimato, los demás proporcionaron su nombre con el deseo de ser identificados posteriormente, y así conocer sus resultados.

El procedimiento de aplicación consistió en entregarles a cada sujeto una hoja de respuestas de lector óptico, con 567 opciones para ser contestadas como verdadero o falso según el criterio del sujeto; se les proporcionó un lápiz (Núm. 2B), instruyéndoles que escribieran sus datos personales como nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad y fecha. Después se les distribuyó el cuadernillo con las instrucciones de la prueba y los reactivos, advirtiéndoles que leyeran en silencio la prueba junto con el instructor quien leía las instrucciones del cuadernillo en voz alta, recomendando que no leyeran los reactivos o los contestaran antes que el instructor diera la señal, dando un pequeño lapso de tiempo para que se hicieran preguntas y se dieran respuestas de clarificación de dudas que pudieran tener los sujetos.

Una vez aclaradas las dudas se daba la señal para que todos ejecutaran la prueba y los instructores permanecían en observación, con objeto de acudir a ayudar a cualquiera de los sujetos que presentara cualquier tipo de pregunta o duda que tuvieran. Se les recomendó que no hicieran ninguna marca o señal de ningún tipo en el cuadernillo. Finalmente se les advirtió que no había límite de tiempo, aunque se les indicó que las respuestas dadas con prontitud serían mejores que las dadas después de una larga meditación.

Se les recomendó además que procuraran contestar la prueba sin dejar de contestar ninguno de los reactivos, procurando imaginarse cómo procederían en alguno de los casos en que no

hubieran tenido experiencia real. Se les recomendó no platicar, no hacer ruidos y guardar completo silencio, con objeto de no distraer a los demás, pidiéndoles además que sólo hicieran una seña al instructor cuando tuvieran alguna duda con respecto a algún reactivo en especial.

Sin embargo, el deseo inicial mostrado para responder a la prueba, experimentó un cambio, ya que la mayoría se encontraban cansados después de la primera hora y media, hubo 24 sujetos (todas mujeres) que se negaron a terminar de contestarla argumentando encontrarse demasiado agotadas (aproximadamente 12.3 por ciento).

El tiempo promedio utilizado por los sujetos para contestar la prueba, varió entre una hora 30 minutos (dos casos) y tres horas (tres casos), estando el promedio entre dos y media y dos horas 45 minutos.

Se utilizaron los cuadernillos usados en las aplicaciones hechas a sujetos más jóvenes, sin que estos tuvieran tipos de letra especial para gente con problemas de visión.

Aplicadas las pruebas se procedió a calificarlas a través de lectora óptica, obteniéndose de esa forma el listado del puntaje bruto de la muestra y el puntaje corregido con la escala K, que fue convertido en puntaje T lineal para las escalas L, F, K, 5 y 0 y escalas suplementarias; y puntaje T uniforme para las escalas 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 y 9 y escalas de contenido, para poder trazar el perfil de los sujetos, de las escalas clínicas básicas y de validez, escalas de contenido y escalas suplementarias y poder observar las diferencias entre cada una de las escalas. Posteriormente se analizaron los datos.

5.11. ANALISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó a través del Paquete Estadístico SPSS/PC (Quiroz, 1987). Como primer análisis se llevaron a cabo medidas de tendencia central como: Frecuencias y Porcentajes, de las variables atributivas de edad, sexo, estado civil y escolaridad para

conocer cómo se distribuía la muestra. Después se obtuvieron medidas de tendencia central como: Media y Desviaciones Estándar de las escalas de validez, clínicas, contenido y suplementarias para conocer las diferencias entre las variables. Así, se analizaron los datos a través de la prueba "t de Student" que es una prueba estadística que permite conocer las diferencias entre los grupos.

Por último se compararon los puntajes de la Media a través de una "t de Student" entre la muestra de esta investigación y la muestra de estudiantes universitarios mexicanos obtenida por Lucio y Reyes, (1994) para obtener el nivel de significancia de las diferencias que se obtienen.

CAPITULO VI

RESULTADOS

DESCRIPCION DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron a través del paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS/PC), Quiroz, (1987)

Se utilizó un programa de estadística univariada, teniendo por objetivo el sólo analizar una variable a la vez, calculando las estadísticas que describen la distribución de los datos, ya que además los grupos obtenidos no tienen el mismo número de sujetos.

El primer conjunto de análisis realizado en el estudio fue diseñado para examinar medidas de tendencia central y distribución de las variables, obteniendo frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar para las variables edad, género, estado civil y escolaridad.

El primer procedimiento seguido fue un análisis de frecuencias **para describir la distribución** de cada una de las variables atributivas de la muestra total (n=157).

CAPITULO VI

RESULTADOS

DESCRIPCION DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron a través del paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS/PC), Quiroz, (1987)

Se utilizó un programa de estadística univariada, teniendo por objetivo el sólo analizar una variable a la vez, calculando las estadísticas que describen la distribución de los datos, ya que además los grupos obtenidos no tienen el mismo número de sujetos.

El primer conjunto de análisis realizado en el estudio fue diseñado para examinar medidas de tendencia central y distribución de las variables, obteniendo frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar para las variables edad, género, estado civil y escolaridad.

El primer procedimiento seguido fue un análisis de frecuencias **para describir la distribución** de cada una de las variables atributivas de la muestra total (n=157).

Para la variable edad se encontraron los datos descritos a continuación.

Tabla 1 Distribución de frecuencias y porcentajes de la muestra total (n=157)		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
55	3	1.9
56	3	1.9
57	1	0.6
58	2	1.3
59	1	0.6
60	15	9.6
61	9	5.7
62	6	3.8
63	17	10.8
64	6	3.8
65	10	6.4
66	18	11.5
67	15	9.6
68	6	3.8
69	7	4.5
70	11	7.0
71	7	4.5
72	3	1.9
73	4	2.5
74	1	0.6
75	5	3.2
76	1	0.6
77	1	0.6
78	2	1.3
80	1	0.6
83	1	0.6
86	1	0.6
Total	157	100.0

En la **TABLA 1**, se observa que los sujetos de la muestra se ubican en un rango de edad de 55 a 86 años, siendo la edad promedio de 65 años (media=65.96, D.S.=5.42), el porcentaje más elevado se observa en el rango de 63 años (17 sujetos) equivalente a 10.8% y 66 años (18 sujetos), equivalente al 11.5% de la muestra total.

Para la variable sexo, se obtuvieron los siguientes resultados:

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	60	38.2
Femenino	97	61.8
Total	157	100.0

En la **TABLA 2**, se observa que el porcentaje más alto corresponde al sexo femenino 61.8% (97 sujetos), el menor al sexo masculino 38.2% (60 sujetos), conformando entre ambos una población total de 157 sujetos utilizados en la muestra.

Para la variable estado civil, se obtuvieron los datos descritos a continuación:

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	12	7.6
Casado	94	59.9
Unión libre	1	0.6
Divorciado	6	3.8
Separado	5	3.2
Viudo	38	24.2
Total	157	100.0

En la **TABLA 3**, se observa que el mayor número de sujetos que contestaron el inventario, se encontraron concentrados principalmente en la condición civil de casados, con 94 sujetos que corresponde al 59.9% de la muestra, seguidos por la condición civil de viudos, con 38 sujetos correspondientes al 24.2% de los 157 sujetos que integraron la muestra.

Para la variable escolaridad, se obtuvieron los siguientes resultados:

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	27	17.1
Bachillerato	62	39.5
Profesional	53	33.8
Posgrado	15	9.6
Total	157	100.0

En la **TABLA 4**, se observa que en relación a la escolaridad, el porcentaje más elevado corresponde al grupo de bachillerato con un 39.5% y el grupo del nivel escolar profesional con un 33.8%. El porcentaje más bajo se observa en el grupo de nivel posgrado con un 9.6%. Es interesante observar que los mayores porcentajes se concentran en los sujetos que tienen un nivel escolar de bachillerato y profesional (115 sujetos).

La muestra utilizada en este estudio fue de dos áreas; el primer grupo corresponde a sujetos de la tercera edad no institucionalizados y el segundo grupo de ancianos institucionalizados del INSEN, distribuyéndose de la siguiente manera:

Distribución	Frecuencia	Porcentaje
No institucionalizados voluntarios	94	59.87
Institucionalizados INSEN	63	40.13
Total	157	100.0

En la **TABLA 5**, se observa que el grupo de ancianos no institucionalizados, que se prestaron voluntariamente a contestar el inventario, está compuesto por 94 sujetos que corresponde al 59.87% de la muestra. El segundo grupo, compuesto por 63 sujetos institucionalizados, corresponde al 40.13% de la muestra, éstos acuden a clases al INSEN y también se prestaron voluntariamente a contestar el inventario.

Análisis de frecuencias y porcentajes de las variables atributivas por género.

El segundo procedimiento fue realizar el análisis de las frecuencias y porcentajes para describir la distribución de cada una de las variables por sexo, debido a que la estructura del MMPI-2 identifica un perfil para hombres y otro para mujeres. Se describe primero el grupo de mujeres ya que el porcentaje mayor de la muestra obtenida es el del sexo femenino (Ver TABLA 2)

Grupo de mujeres ancianas

Para la variable de edad en mujeres se obtuvieron los siguientes resultados:

Edad	Frecuencia	Porcentaje
55	3	3.1
56	3	3.1
57	1	1.0
58	2	2.1
59	1	1.0
60	13	13.4
61	8	8.2
62	4	4.1
63	12	12.4
64	4	4.1
65	6	6.2
66	9	9.3
67	10	10.3
68	1	1.0
69	3	3.1
70	5	5.2
71	1	1.0
72	3	3.1
73	4	4.1
75	3	3.1
80	1	1.0
Total	97	100.0

En la TABLA 6, se observa que el porcentaje más alto se encuentra en los sujetos de 60 años (13 sujetos) correspondiente al 13.4% de los sujetos femeninos, (M=64.49; D.S.=5.05), las frecuencias más elevadas se observaron en el rango de los 63 años (12 sujetos), 67 años (10 sujetos) y 66 años (9 sujetos).

Para la variable estado civil en mujeres se obtuvieron los siguientes resultados

Tabla 7 Distribución de frecuencias y porcentajes de estado civil en ancianas (n=97)		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	11	11.3
Casada	41	42.3
Unión libre	---	---
Divorciada	6	6.2
Separada	5	5.1
Viuda	34	35.1
Total	97	100.0

En la **TABLA 7**, se observa que las frecuencias más elevadas por estado civil en mujeres, se encuentran en la condición civil de casada, (41 sujetos) correspondiente al 42.3% y la de viuda (34 sujetos) correspondiente al 35.1%.

Para la variable escolaridad en mujeres, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 8 Distribución de frecuencias y porcentajes de escolaridad en ancianas (n=97)		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	20	20.6
Bachillerato	51	52.6
Profesional	21	21.6
Posgrado	5	5.2
Total	97	100.0

En la **TABLA 8**, se observa que la frecuencia más elevada se ubica en bachillerato (51 sujetos), que corresponde al 52.6% y profesional (21 Sujetos), correspondiente al 21.6% de los sujetos femeninos.

Grupo de ancianos varones

Para la variable edad en hombres, se obtuvieron los datos descritos a continuación:

Tabla 9
Distribución de frecuencias y
porcentajes de ancianos por edad
(n=60)

Edad	Frecuencia	Porcentaje
60	2	3.3
61	1	1.7
62	2	3.3
63	5	8.3
64	2	3.3
65	4	6.7
66	9	15.0
67	5	8.3
68	5	8.3
69	4	6.7
70	6	10.0
71	6	10.0
74	1	1.7
75	2	3.3
76	1	1.7
77	1	1.7
78	2	3.3
83	1	1.7
86	1	1.7
Total	60	100.0

En la **TABLA 9**, se observa que el porcentaje más alto se encuentra en los sujetos de 66 años (9 sujetos), correspondiente al 15.0% de los sujetos masculinos ($M=68.35$; $D.S.=5.18$), siendo después de éste, los porcentajes más elevados los del rango de 71 años (6 sujetos) y 70 años (6 sujetos), correspondiente al 10.0% cada uno.

Para la variable estado civil en hombres, se obtuvieron los siguientes resultados:

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
?	1	1.7
Soltero	1	1.7
Casado	53	88.3
Unión libre	1	1.7
Divorciado	--	--
Separado	--	--
Viudo	4	6.6
Total	60	100.0

En la **TABLA 10**, se observa que los porcentajes más elevados se encuentran en la condición civil de casado (53 sujetos), correspondiente al 88.3% y la de viudo (4 sujetos), correspondiente al 6.6% de los sujetos masculinos. En este grupo un sujeto no marcó su estado civil.

Para la variable escolaridad en hombres, se obtuvieron los siguientes resultados:

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	7	11.7
Bachillerato	11	18.3
Profesional	32	53.3
Posgrado	10	16.7
Total	60	100.0

En la **TABLA 11**, se observa que las frecuencias más elevadas se ubican en los sujetos que cursaron profesional (32 sujetos), correspondiente al 53.3%, con bachillerato (11 sujetos), correspondiente al 18.3% y con posgrado (10 sujetos), correspondiente al **16.7%** de los sujetos masculinos.

Puntajes de la Media y Desviación Estándar

Como segundo análisis estadístico se obtuvieron medidas de tendencia central, como media y desviación estándar por género para cada una de las escalas del MMPI-2, clínicas y de validez (Tablas 12 y 13), de contenido (Tablas 14 y 15) y suplementarias (Tablas 16 y 17), para poder convertir los datos en puntajes T lineales y uniformes y así obtener el perfil de personalidad de los ancianos mexicanos, para mujeres (figuras 1, 3 y 5 del apéndice) y hombres (figuras 2, 4 y 6 del apéndice).

PRUEBA "t de Student"

Como tercer análisis estadístico se llevó a cabo la prueba "t de Student", con el fin de obtener las diferencias entre los puntajes de la media y desviación estándar del grupo de ancianos y el puntaje de la media y desviación estándar del grupo de estudiantes universitarios mexicanos (Lucio, 1995).

El comparar los datos entre estas dos muestras a través de esta prueba estadística, permitió dar respuesta a las hipótesis planteadas en la presente investigación, para lo cual se consideró un nivel de significancia de .01. (valor en tablas $\alpha=2.576$).

A continuación se presentan las tablas comparativas de la muestra de ancianos mexicanos, con cada uno de los grupos de las escalas del MMPI-2, validez y clínicas, de contenido y suplementarias; encontrándose los siguientes resultados:

a) Escalas de Validez y Clínicas Básicas

Para el grupo de escalas de validez y clínicas básicas se obtuvieron para la muestra de ancianas y la muestra de estudiantes universitarias mexicanas los resultados descritos a continuación:

Tabla 12
Prueba t de Student para Ancianas
y Estudiantes Universitarias Mexicanas
Escalas Clínicas y de Validez del MMPI-2
Mujeres

Escala	Ancianas (n=97)		Estudiantes (n=1107) (Lucio y Reyes, 1992)		t-Student	P=.01
	Media	D.E.	Media	D.E.		
L	6.6	2.3	5.1	2.2	6.41	*
F	5.8	3.5	4.9	3.1	2.71	*
K	15.5	4.1	15.5	4.3	0.0	
Hs	16.2	4.2	15.2	4.1	2.30	
D	24.0	5.4	22.4	4.9	3.06	*
Hi	22.7	5.1	21.9	4.9	1.54	
Dp	22.5	4.8	22.5	4.2	0.0	
Mf	31.7	3.6	30.3	3.7	3.58	*
Pa	9.7	3.6	9.6	3.1	0.30	
Pt	29.2	5.8	28.6	5.0	1.12	
Es	30.4	5.6	28.6	5.9	3.02	*
Ma	20.8	3.7	21.1	3.7	0.77	
Is	29.7	8.3	27.4	8.1	2.68	*

En la TABLA 12, se observa que al comparar los puntajes de la media y desviación estándar de la muestra de ancianas, con los puntajes de la media y desviación estándar de estudiantes universitarias mexicanas, utilizando la 't' de Student, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas de validez: (L) mentira ($t=6.41 > P=.01$) y (F) infrecuencia ($t=2.71 > P=.01$); para las escalas clínicas básicas, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las escalas: (D) depresión ($t=3.06 > P=.01$), (Mf) masculinidad-feminidad ($t=3.58 > P=.01$), (Es) Esquizofrenia ($t=3.02 > P=.01$) e introversión social (Is) ($t=2.68 > P=.01$). En las escalas que se encontraron diferencias, el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla, con un valor de 2.576. (Figura 7 del apéndice). En la TABLA 12 dichas escalas se encuentran señaladas con un asterisco.

Para el grupo de escalas de validez y clínicas básicas se obtuvieron para la muestra de ancianos y la muestra de estudiantes universitarios mexicanos los resultados descritos a continuación:

Tabla 13 Prueba t de Student para Ancianos y Estudiantes Universitarios Mexicanos Escalas Clínicas y de Validez del MMPI-2 Hombres						
Escala	Ancianos (n=60)		Estudiantes (n=813) (Lucio y Reyes, 1992)		t-Student	P=.01
	Media	D.E.	Media	D.E.		
L	5.5	2.5	5.2	2.6	0.86	
F	7.4	3.9	5.7	3.4	3.70	*
K	15.0	4.7	16.0	4.4	1.69	
His	15.1	4.7	14.1	3.8	1.93	
D	23.7	5.2	20.1	4.7	5.68	*
Hi	22.1	4.8	21.1	4.9	1.53	
Dp	24.5	4.4	23.4	4.3	1.91	
Mf	24.1	3.8	24.1	4.1	0.0	
Pa	10.7	3.2	9.2	3.0	3.72	*
Pt	29.1	4.9	27.9	5.0	1.80	
Es	30.8	6.1	29.2	5.9	2.02	
Ma	19.2	3.9	21.8	4.0	4.87	*
Is	30.5	8.2	25.6	7.6	4.79	*

En la TABLA 13, se observa que al comparar los puntajes de la media y desviación estándar de la muestra de ancianos, con los puntajes de la media y desviación estándar de estudiantes universitarios mexicanos, utilizando la "t" de Student, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en la escala de validez (F) infrecuencia ($t=3.70 > P=.01$); en las escalas clínicas se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las escalas: (D) depresión ($t=5.68 > P=.01$); (Pa) paranoia ($t=3.72 > P=.01$); (Ma) hipomanía ($t=4.87 > P=.01$) e (Is) introversión social ($t=4.79 > P=.01$). Para estas escalas el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla, con un valor de 2.576. (Figura 8 del apéndice). En la TABLA 13 dichas escalas se encuentran señaladas con un asterisco.

b) Escalas de Contenido

Para el grupo de escalas de contenido se observan en la **TABLA 14**, al comparar la muestra de ancianas con la de estudiantes universitarias mexicanas, los siguientes resultados:

Tabla 14 Prueba t de Student para Ancianas y Estudiantes Universitarias Mexicanas Escalas de Contenido del MMPI-2 Mujeres						
Escala	Ancianas (n=97)		Estudiantes (n=1107) (Lucio y Reyes, 1992)		t-Student	P=.01
	Media	D.E.	Media	D.E.		
ANS	8.1	4.3	7.1	4.2	2.24	
MIE	10.0	3.6	7.5	4.0	5.95	*
OBS	6.1	2.8	5.2	2.9	2.94	*
DEP	7.1	4.3	6.8	4.5	0.61	
SAU	8.6	4.4	6.6	3.9	4.79	*
DEL	3.0	2.4	2.4	2.3	2.45	
ENJ	5.5	3.0	5.7	2.9	0.0	
CIN	11.8	4.7	10.7	4.4	2.35	
PAS	8.2	3.5	8.6	3.1	1.21	
PTA	8.9	3.3	9.1	3.2	0.59	
BAE	6.6	3.8	4.8	3.7	4.58	*
ISO	7.2	4.4	7.3	4.1	0.23	
FAM	6.6	3.4	6.1	4.8	1.00	
DTR	8.8	4.8	7.8	4.9	1.93	
RTR	6.7	4.1	4.6	3.4	5.73	*

En la **TABLA 14**, se observa que al comparar los puntajes de la media y desviación estándar entre ambos grupos de sexo femenino, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas: (MIE) miedos ($t=5.95>P=.01$), (OBS) obsesividad ($t=2.94>P=.01$), (SAU) preocupación por la salud ($t=4.79>P=.01$), (BAE) baja autoestima ($t=4.58>P=.01$) y (RTR) rechazo al tratamiento ($T=5.73>P=.01$). Para estas escalas el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla, con un valor de 2.576. (Figura 9 del apéndice). Las escalas que muestran diferencias se encuentran señaladas con un asterisco.

Para el grupo de escalas de contenido se obtuvieron, para la muestra de ancianos y la muestra de estudiantes universitarios mexicanos los resultados descritos a continuación:

Escala	Ancianos (n=60)		Estudiantes (n=813) (Lucio y Reyes, 1992)		t-Student	P=.01
	Media	D.E.	Media	D.E.		
ANS	7.2	4.4	6.3	4.2	1.60	
MIE	7.3	3.9	4.9	3.3	5.36	*
OBS	6.3	3.4	4.8	3.0	3.70	*
DEP	7.6	4.6	5.8	4.2	3.18	*
SAU	8.1	4.6	5.9	3.8	4.26	*
DEL	3.3	2.3	2.6	2.3	2.28	
ENJ	5.8	3.3	5.5	3.1	0.72	
CIN	11.7	4.7	11.3	4.8	0.62	
PAS	9.4	4.0	10.2	3.7	1.61	
PTA	9.7	3.7	8.8	3.6	1.87	
BAE	7.3	3.9	4.3	3.3	6.70	*
ISO	9.0	5.0	7.4	4.3	2.75	*
FAM	6.3	3.8	5.6	3.9	1.34	
DTR	8.9	5.3	6.6	4.7	3.62	*
RTR	7.3	4.4	4.3	3.2	6.80	*

En la TABLA 15, se observa que al comparar los puntajes de la media y desviación estándar entre ancianos y estudiantes, en este grupo de escalas, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas: (MIE) miedos ($t=5.36 > P=.01$), (OBS) obsesividad ($t=3.70 > P=.01$), (DEP) depresión ($t=3.18 > P=.01$), (SAU) preocupación por la salud ($t=4.26 > P=.01$), (BAE) baja autoestima ($t=6.70 > P=.01$), (ISO) incomodidad social ($t=2.75 > P=.01$), (DTR) dificultad en el trabajo ($t=3.62 > P=.01$) y (RTR) rechazo al tratamiento ($t=6.80 > P=.01$). Para estas escalas el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla, con un valor de 2.576. (Figura 10 del apéndice). Las escalas que muestran diferencias, se encuentran marcadas con un asterisco.

c) Escalas Suplementarias

Para el grupo de escalas suplementarias se observa, para la muestra de ancianas y la muestra de estudiantes universitarias mexicanas los siguientes resultados:

Tabla 16 Prueba t de Student para Ancianas y Estudiantes Universitarias Mexicanas Escalas Suplementarias del MMPI-2 Mujeres						
Escala	Ancianas (n=97)		Estudiantes (n=1107) (Lucio y Reyes, 1992)		t-Student	P=.01
	Media	D.E.	Media	D.E.		
A	13.1	6.5	12.3	7.4	1.14	
R	19.1	4.0	17.9	3.8	2.85	*
Fyo	31.1	4.8	35.2	4.5	8.12	*
A-Mac	21.0	3.8	19.4	3.3	4.03	*
Hr	14.7	2.5	14.2	2.5	1.90	
Do	15.2	2.8	16.3	2.7	3.75	*
Rs	22.1	3.7	21.2	2.8	2.33	
Dpr	15.2	5.6	14.8	6.2	0.66	
GM	28.0	5.1	30.5	5.4	4.61	*
GF	36.4	4.5	34.9	3.4	3.21	*
EPK	9.3	5.3	8.6	6.1	0.70	
EPS	14.2	7.4	13.1	8.4	1.38	
Fp	4.0	2.8	2.8	2.3	4.14	*

En la TABLA 16, se observa que al comparar los puntajes de la media y desviación estándar, de las escalas suplementarias del grupo femenino entre ancianas y estudiantes, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas: (R) represión ($t=2.85 > P=.01$), (Fyo) fuerza del yo ($t=8.12 > P=.01$), (A-Mac) alcoholismo de Mac-Andrew ($t=4.03 > P=.01$), (Do) dominancia ($t=3.75 > P=.01$), (GM) género masculino ($t=4.61 > P=.01$), (GF) género femenino ($t=3.21 > P=.01$) y (Fp) F posterior ($t=4.14 > P=.01$). Para estas escalas el nivel de significancia calculado es mayor al .01 de la tabla. (Figura 11 del apéndice). Las escalas anteriores se encuentran señaladas con un asterisco.

Para el grupo de escalas suplementarias se obtuvieron para la muestra de ancianos y la muestra de estudiantes universitarios mexicanos los resultados descritos a continuación:

Tabla 17
Prueba t de Student para Ancianos
y Estudiantes Universitarios Mexicanos
Escalas Suplementarias del MMPI-2
Hombres

Escala	Ancianos (n=60)		Estudiantes (n=813) (Lucio y Reyes, 1992)		t-Student	P=.01
	Media	D.E.	Media	D.E.		
A	13.3	8.2	10.6	7.3	2.74	*
R	18.1	4.8	17.2	4.4	1.52	
Fyo	33.3	5.3	37.2	4.4	6.53	*
A-Mac	21.3	4.5	21.0	3.5	0.63	
Hr	14.0	2.8	14.2	3.0	0.50	
Do	15.4	3.3	16.5	2.7	2.99	*
Rs	20.2	3.7	20.0	3.6	0.41	
Dpr	14.7	6.4	13.4	6.2	1.56	
GM	33.2	5.1	36.7	4.5	5.76	*
GF	28.7	3.4	27.3	4.1	2.58	*
EPK	10.4	6.0	8.8	6.2	1.93	
EPS	13.7	8.3	12.1	8.4	1.42	
Fp	4.1	3.1	2.6	2.5	4.40	*

En la TABLA 17, se observa que al comparar los puntajes de la media y desviación estándar de los ancianos con los estudiantes, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas: (A) ansiedad ($t=2.74 > P=.01$), (Fyo) fuerza del yo ($t=6.53 > P=.01$), (Do) dominancia ($t=2.99 > P=.01$), (GM) género masculino ($t=5.76 > P=.01$), (GF) género femenino ($t=2.58 > P=.01$) y (Fp) F posterior ($t=4.40 > P=.01$). En los casos anteriores el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla, con un valor de 2.576. (Figura 12 del apéndice). Estas escalas están señaladas con un asterisco.

COMPARACION ENTRE LA MUESTRA DE ANCIANOS MEXICANOS Y LA NORMA NORTEAMERICANA, UTILIZANDO LA PRUEBA "t de Student"

Se llevó a cabo además, el análisis estadístico a través de la prueba "t" de Student, comparando la muestra de esta investigación con la norma americana (Butcher y cols., 1990; en Lucio 1995). Este análisis se realiza con el fin de observar las diferencias entre la media y desviación estándar de ambos grupos y para identificar las diferencias con la media teórica del instrumento, pero no se consideran

para responder las hipótesis planteadas en esta investigación. Cabe mencionar que para la norma americana se realiza el análisis para los tres grupos de escalas, validez y clínicas, contenido y suplementarias para ambos sexos.

a) Escalas de Validez y Clínicas Básicas.

Para el grupo de escalas de validez y clínicas básicas se observa para la muestra de ancianas y la muestra de la norma americana de mujeres los siguientes resultados.

Tabla 18 Prueba t de Student para Ancianas y la Norma Estadounidense Escalas Clínicas y de Validez del MMPI-2 *Mujeres						
Escala	Ancianas (n=97)		Norma EUA (n=1462) (Butcher y cols., 1990)		t-Student	P=.01
	Media	D.E.	Media	D.E.		
L	6.65	2.36	3.56	2.08	12.89	*
F	5.85	3.55	3.66	2.91	5.94	*
K	15.59	4.11	15.03	4.58	1.28	
Hs	16.24	4.26	13.69	4.05	5.83	*
D	24.01	5.41	20.14	4.97	6.85	*
Hi	22.70	5.10	22.08	4.72	1.19	
Dp	22.53	4.86	22.21	4.53	0.63	
Mf	31.77	3.65	35.94	4.08	10.81	*
Pa	9.74	3.65	10.23	2.97	1.29	
Pt	29.27	5.84	27.70	5.10	2.58	*
Es	30.40	5.63	26.25	5.97	7.00	*
Ma	20.80	3.78	19.09	4.26	4.27	*
Is	29.74	8.34	27.98	9.18	1.99	

En la TABLA 18, al comparar los puntajes de la media y desviación estándar de la muestra de ancianas con los puntajes de la media y desviación estándar de la muestra de la norma americana de mujeres, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas: (L) mentira ($t=12.89>P=.01$), (F) infrecuencia ($t=5.99>P=.01$), (Hs) hipocondriasis ($t=5.83>P=.01$), (D) depresión ($t=6.85>P=.01$), (Mf) masculinidad-feminidad ($t=10.81>P=.01$), (Pt) psicastenia ($t=2.58>P=.01$), (Es) esquizofrenia ($t=7.00>P=.01$), e (Ma) hipomanía ($t=4.27>P=.01$). Para estas escalas el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla. (Figura 13 del apéndice). Las escalas anteriores se encuentran señaladas con un asterisco.

En el grupo de escalas de validez y clínicas básicas se observa para la muestra de ancianos y la muestra de la norma americana para hombres los siguientes resultados:

Tabla 19 Prueba t de Student para Ancianos y la Norma Estadounidense Escalas Clínicas y de Validez del MMPI-2 Hombres						
Escala	Ancianos (n=60)		Norma EUA (n=1138) (Butcher y cols., 1990)		t-Student	P=.01
	Media	D.E.	Media	D.E.		
L	5.58	2.50	3.53	2.28	6.21	*
F	7.47	3.92	4.53	3.24	5.70	*
K	15.02	4.72	15.30	4.76	0.44	
Hs	15.17	4.75	12.78	3.86	3.83	*
D	23.73	5.27	18.32	4.59	7.79	*
Hi	22.15	4.81	20.87	4.73	2.01	
Dp	24.52	4.46	22.65	4.67	3.15	*
Mf	24.13	3.82	26.01	5.08	3.64	*
Pa	10.73	3.24	10.10	2.87	1.44	
Pt	29.15	4.99	26.43	5.00	4.11	*
Es	30.80	6.10	26.40	5.92	5.45	*
Ma	19.23	3.92	19.93	4.29	2.56	
Is	30.53	8.29	25.86	8.57	4.24	*

En la TABLA 19, al comparar los puntajes de la media y desviación estándar de la muestra de ancianos con los puntajes de la media y desviación estándar de la norma americana de hombres, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas: (L) mentira ($t=6.21 > P=.01$), (F) infrecuencia ($t=5.70 > P=.01$), (Hs) hipocondriasis ($t=3.83 > P=.01$), (D) depresión ($t=7.79 > P=.01$), (Dp) desviación psicopática ($t=3.15 > P=.01$), (Mf) masculinidad-feminidad ($t=3.64 > P=.01$), (Pt) psicastenia ($t=4.11 > P=.01$), (Es) esquizofrenia ($t=5.45 > P=.01$) e (Is) introversión social ($t=4.24 > P=.01$). En estas escalas el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla, con un valor de 2.576. (Figura 14 del apéndice). Las escalas anteriores se encuentran señaladas con un asterisco.

b) Escalas de Contenido

Para el grupo de escalas de contenido se observa en la TABLA 20, para la muestra de ancianas y la muestra de la norma americana de mujeres los siguientes resultados:

Escala	Ancianas (n=97)		Norma EUA (n=1462) (Butcher y cols., 1990)		t-Student	P=.01
	Media	D.E.	Media	D.E.		
ANS	8.18	4.35	6.53	4.51	3.60	*
MIE	10.00	3.67	6.59	3.60	8.87	*
OBS	6.11	2.85	5.50	3.32	2.01	
DEP	7.11	4.35	5.86	5.02	2.71	*
SAU	8.66	4.49	6.16	4.47	5.31	*
DEL	3.08	2.44	2.21	2.49	3.39	*
ENJ	5.53	3.05	5.68	3.08	0.46	
CIN	11.80	4.74	8.73	5.16	6.14	*
PAS	8.27	3.50	6.17	3.70	5.70	*
PTA	8.91	3.37	7.41	3.34	4.24	*
BAE	6.66	3.86	5.16	4.24	3.68	*
ISO	7.26	4.45	7.53	4.80	0.57	
FAM	6.65	3.49	6.14	3.77	1.38	
DTR	8.89	4.80	8.51	5.45	0.74	
RTR	6.75	4.15	5.02	3.98	3.98	*

En la TABLA 20, se observa que al comparar los puntajes de la media y desviación estándar de la muestra de ancianas con los puntajes de la muestra de la norma americana de mujeres, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas: (ANS) ansiedad ($t=3.60 > P=.01$), (MIE) miedos ($t=8.87 > P=.01$), (DEP) depresión ($t=2.71 > P=.01$), (SAU) preocupación por la salud ($t=5.31 > P=.01$), (DEL) pensamiento delirante ($t=3.39 > P=.01$), (CIN) cinismo ($t=6.14 > P=.01$), (PAS) prácticas antisociales ($t=5.70 > P=.01$), (PTA) personalidad tipo A ($t=4.24 > P=.01$), (BAE) baja autoestima ($t=3.68 > P=.01$) y (RTR) rechazo al tratamiento ($t=3.98 > P=.01$). En estas escalas el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla, con un valor de 2.576. (Figura 15 del apéndice). Las escalas que muestran diferencias se encuentran señaladas con un asterisco.

Para el grupo de escalas de contenido se obtuvieron en la muestra de ancianos y la muestra de la norma americana de hombres, los resultados descritos a continuación:

Escala	Ancianos (n=60)		Norma EUA (n=1138) (Butcher y cols., 1990)		t-Student	P=.01
	Media	D.E.	Media	D.E.		
ANS	7.25	4.45	5.53	4.17	2.92	*
MIE	7.32	3.98	3.80	2.96	6.75	*
OBS	6.37	3.49	4.93	3.06	3.13	*
DEP	7.68	4.66	4.79	4.62	4.68	*
SAU	8.10	4.67	5.29	3.91	4.57	*
DEL	3.32	2.39	2.30	2.50	3.21	*
ENJ	5.82	3.33	5.63	3.31	0.43	
CIN	11.70	4.77	9.50	5.35	3.45	*
PAS	9.40	4.00	7.91	4.19	2.88	*
PTA	9.73	3.71	8.08	3.68	3.35	*
BAE	7.38	3.92	4.25	3.69	6.04	*
ISO	9.05	5.00	7.65	4.77	2.11	
FAM	6.37	3.88	5.32	3.52	2.05	
DTR	8.95	5.32	7.30	4.98	2.34	
RTR	7.35	4.47	4.70	3.71	4.51	*

En la TABLA 21, se observa que al comparar los puntajes de la media y desviación estándar de la muestra de ancianos con los puntajes de la muestra de la norma americana para hombres, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas: (ANS) ansiedad ($t=2.92>P=.01$), (MIE) miedos ($t=6.75>P=.01$), (OBS) obsesividad ($t=3.13>P=.01$), (DEP) depresión ($t=4.68>P=.01$), (SAU) preocupación por la salud ($t=4.57>P=.01$), (DEL) pensamiento delirante ($t=3.21>P=.01$), (CIN) cinismo ($t=3.45>P=.01$), (PAS) prácticas antisociales ($t=2.88>P=.01$), (PTA) personalidad tipo A ($t=3.35>P=.01$), (BAE) baja autoestima ($t=6.04>P=.01$) y (RTR) rechazo al tratamiento ($t=4.51>P=.01$). Para estas escalas el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla, con un valor de 2.576. (Figura 16 del apéndice). Las escalas que muestran diferencias se encuentran señaladas con un asterisco.

c) Escalas Suplementarias

Para el grupo de escalas suplementarias se obtuvieron para la muestra de ancianas y la muestra de la norma americana para mujeres los siguientes resultados.

Tabla 22
Prueba t de Student para Ancianas
y la Norma Estadounidense
Escalas Suplementarias del MMPI-2
Mujeres

Escala	Ancianas (n=97)		Norma EUA (n=1462) (Butcher y cols.,1990)		t-Student	P=.01
	Media	D.E.	Media	D.E.		
A	13.10	6.51	11.64	7.90	2.10	
R	19.19	4.06	16.34	3.81	6.72	*
Fyo	31.16	4.80	34.37	4.90	6.36	*
A-Mac	21.08	3.87	19.78	3.65	3.21	*
Hr	14.71	2.55	13.53	2.74	4.39	*
Do	15.22	2.81	16.27	2.89	3.55	*
Rs	22.19	3.74	21.02	3.36	3.00	*
Dpr	15.20	5.65	12.31	6.99	4.79	*
GM	28.02	5.19	28.81	6.16	1.43	
GF	36.45	4.50	36.86	3.85	0.87	
EPK	9.31	5.38	8.52	6.56	1.37	
EPS	14.24	7.48	11.82	8.96	3.04	*
Fp	4.05	2.84	1.94	2.58	7.12	*

En la TABLA 22, se observa que al comparar los puntajes de la media y desviación estándar de la muestra de ancianas, con los puntajes de la media y desviación estándar de la norma de mujeres americanas, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas: (R) represión ($t=6.72>P=.01$), (Fyo) fuerza del yo ($t=6.36>P=.01$), (A-Mac) alcoholismo de MacAndrew ($t=3.21>P=.01$), (Hr) hostilidad reprimida ($t=4.39>P=.01$), (Do) dominancia ($t=3.55>P=.01$), (Rs) responsabilidad social ($t=3.00>P=.01$), (Dpr) desajuste profesional ($t=4.79>P=.01$), (EPS) desorden de estrés postraumático de Schelenger ($t=3.04>P=.01$) y (Fp) F posterior ($t=7.12>P=.01$). En estas escalas el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla, con un valor de 2.576 (Figura 17 del apéndice). Estas escalas se encuentran señaladas por un asterisco.

Para el grupo de escalas suplementarias se obtuvieron para la muestra de ancianos y la muestra de hombres de la norma americana, los resultados descritos a continuación:

Tabla 23 Prueba t de Student para Ancianos y la Norma Estadounidense Escalas Suplementarias del MMPI-2 Hombres						
Escala	Ancianos (n=60)		Norma EUA (n=1138) (Butcher y cols., 1990)		t-Student	P=.01
	Media	D.E.	Media	D.E.		
A	13.37	8.22	10.02	7.10	3.09	*
R	18.10	4.83	15.18	4.53	4.57	*
Fyo	33.32	5.39	37.34	4.46	5.67	*
A-Mac	21.37	4.59	21.72	4.32	0.57	
Hr	14.08	2.85	12.51	2.94	4.15	*
Do	15.42	3.30	16.62	2.95	2.79	*
Rs	20.28	3.72	20.09	3.89	0.38	
Dpr	14.77	6.41	11.30	6.44	4.08	*
GM	33.22	5.11	37.49	4.56	6.34	*
GF	28.78	3.48	27.32	4.70	3.10	*
EPK	10.48	6.08	8.01	5.99	3.06	*
EPS	13.72	8.32	10.49	7.98	2.93	*
Fp	4.17	3.17	1.86	2.44	5.55	*

En la TABLA 23, se observa que al comparar los puntajes de la media y desviación estándar de la muestra de ancianos con los puntajes de la media y la desviación estándar de los hombres de la muestra de la norma americana, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al .01 en las escalas: (A) ansiedad ($t=3.09>P=.01$), (R) represión ($t=4.57>P=.01$), (Fyo) fuerza del yo ($t=5.67>P=.01$), (Hr) hostilidad reprimida ($t=4.15>P=.01$), (Do) dominancia ($t=2.79>P=.01$); (Dpr) desajuste profesional ($t=4.08>P=.01$), (GM) género masculino ($t=6.34>P=.01$), (GF) género femenino ($t=3.10>P=.01$), (EPK) desorden de estrés postraumático de Keane ($t=3.06>P=.01$), (EPS) desorden de estrés postraumático de Schelenger ($t=2.93>P=.01$) y (Fp) F posterior ($t=5.55>P=.01$). Para estas escalas el nivel de significancia calculado es mayor al valor correspondiente al nivel .01 de la tabla, con un valor de 2.576. (Figura 18 del apéndice). Estas escalas están señaladas con un asterisco.

CAPITULO VII

RESULTADOS

DISCUSION

Con base a los resultados obtenidos en la presente investigación y de acuerdo a la pregunta planteada: "¿Existen diferencias en el perfil de personalidad entre sujetos mexicanos de la tercera. edad y la muestra de estudiantes universitarios mexicanos (Lucio y Reyes, 1994) medidos a través del MMPI-2?" Se plantearon tres hipótesis de investigación, que a continuación se discuten.

I. H. ALTERNA 1: Existen diferencias estadísticamente significativas en la elevación de las escalas clínicas 1(Hs), 2(D), 6(Pa), 8(Es) y validez (F) en sujetos de la tercera. edad, comparados con el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

Se acepta la hipótesis alterna 1, para las escalas (F), 2(D) y 8 (Es), debido a que existen diferencias estadísticamente significativas al nivel .01 entre el grupo de ancianas y el grupo

de estudiantes universitarias mexicanas. Sin embargo, en las escalas 1 (Hs) y 6 (Pa) no se encontraron diferencias.

Se acepta la hipótesis alterna 1, para las escalas (F), 2 (D) y 6 (Pa), debido a que existen diferencias estadísticamente significativas al nivel .01, entre el grupo de ancianos y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos. Sin embargo, en las escalas 1 (Hs) y 8 (Es), no se encontraron diferencias.

Para el grupo de mujeres se encontraron diferencias en las escalas:

Infrecuencia (F), muestra una diferencia de cuatro puntos al nivel PT, (ancianas PT=58; estudiantes universitarias PT=54), indicando que las ancianas se muestran más autocríticas, ansiosas y distraídas que las estudiantes universitarias; es evidente además, que ambos grupos mostraron buena disposición y honestidad al responder el inventario.

Depresión (D), esta escala no sólo refleja sentimientos de desesperanza, pesimismo y desesperación, sino también características básicas de personalidad de responsabilidad excesiva, normas personales estrictas y tendencia a sentirse frecuentemente culpables. La diferencia encontrada entre el puntaje T de ambos grupos (ancianas PT=57; estudiantes PT=54), se puede interpretar como que en general las ancianas tienen menos metas e intereses que el grupo joven. Con respecto a la elevación de la escala depresión (D) Coolidge, Burns, Nathan y Mull (1992), refieren que cuando los reactivos en una prueba hablan de síntomas específicos, éstos pueden contribuir en la elevación de esta escala en los ancianos, siendo esto válido tanto para hombres como para mujeres. Al analizar esta escala debe tenerse presente que las depresiones son un fenómeno común en la vejez, Hoch (1964), refiere que estas depresiones tienen como causas precipitantes, pérdidas de diversos tipos como la muerte del cónyuge o un pariente cercano, la independencia de los hijos, el retroceso en la posición social, la falta de trabajo y la amenaza de pérdida por una enfermedad física, situaciones que los jóvenes todavía no enfrentan.

Esquizofrenia (Es), en esta escala además de la diferencia estadísticamente significativa, la diferencia en puntajes T (ancianas PT=58; estudiantes PT=54), indica que las ancianas muestran poco interés en la gente, ser poco prácticas e irritables, pero creativas e imaginativas, en contraste con las estudiantes universitarias que se muestran como personas adaptables, confiables y equilibradas. Esta escala está influida por factores culturales que tienden a elevarla en poblaciones mexicanas, (Lucio y Reyes, 1992; en Gallegos 1996). Figura 7 del apéndice.

Para el grupo de hombres, se encontró que existen diferencias en las escalas:

Infrecuencia (F), además de la diferencia estadística, existe una elevación clínicamente importante a nivel de puntaje T uniforme, (ancianos PT=59; estudiantes PT=54), lo que indica que los ancianos respondieron la prueba con honestidad, mostrándose autocríticos y ansiosos, lo que no reportan los estudiantes universitarios mexicanos, quienes mostraron un mejor funcionamiento.

Depresión (D), esta escala al igual que la anterior, muestra no sólo diferencia estadística sino la mayor diferencia clínica a nivel de puntaje T uniforme (ancianos PT=62; estudiantes PT=54), lo que indica en los ancianos un estado de irritabilidad, pesimismo, desaliento, insatisfacción consigo mismos, preocupación excesiva, aunque se muestran responsables y modestos. En contraste, los estudiantes se mostraron más conformes consigo mismos y con mayor estabilidad. Lucio y Reyes (1992), refieren que esta escala está influida por factores culturales que tienden a elevarla. Gallegos (1996), reporta que existe una relación entre los síntomas somáticos y los sentimientos de ansiedad y depresión.

Paranoia (Pa), contrariamente a los grupos de mujeres que no reportan diferencias estadísticas en esta escala, los ancianos y los estudiantes sí reportan diferencias estadísticas, (ancianos PT=52; estudiantes PT=47), aunque sus diferencias clínicas caen dentro del mismo nivel de interpretación de acuerdo con el manual de administración y calificación del MMPI-2

(Lucio 1995), que los caracteriza por ser sujetos precavidos y flexibles, que actúan racionalmente y con un pensamiento claro. (Figura 8 del apéndice).

II. H. ALTERNA 2: Existen diferencias estadísticamente significativas en la elevación de las escalas de contenido (ANS), (MIE), (SAU), (DEL), (ENJ) y (BAE) en sujetos mexicanos de la tercera edad, comparados con el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

Se acepta la hipótesis alterna 2, para las escalas de contenido (MIE), (SAU) y (BAE), debido a que existen diferencias estadísticamente significativas al nivel .01, entre el grupo de ancianas y el grupo de estudiantes universitarias mexicanas. Sin embargo, en las escalas (ANS), (DEL) y (ENJ) no se encontraron diferencias.

Se acepta la hipótesis alterna 2, para las escalas de contenido (MIE), (SAU) y (BAE), debido a que existen diferencias estadísticamente significativas al nivel .01, entre el grupo de ancianos y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos. Sin embargo, en las escalas (ANS), (DEL) y (ENJ) no se encontraron diferencias.

Para el grupo de mujeres, se encontró que existen diferencias en las escalas:

Miedos (MIE), la diferencia encontrada (ancianas $PT=59$; estudiantes $PT=52$), entre los grupos está relacionada por la presencia de temores específicos en las ancianas, que por razones de edad y socio-económicas se sienten más desprotegidas e inseguras que las jóvenes. Cabe mencionar que Páez (1995), en su estudio donde comparó las puntuaciones T uniformes de los estudiantes mexicanos, con respecto a la norma americana, encontró diferencias estadísticamente significativas en esta escala, atribuyendo estas diferencias a situaciones culturales.

Preocupación por la salud (SAU), la diferencia muestra que las ancianas tienen tendencia a preocuparse más por su salud física, esta diferencia se esperaba, por ser las ancianas un

grupo que por su natural deterioro físico, se preocupan por su salud y se sienten más enfermas que las estudiantes mexicanas, (ancianas PT=57; estudiantes PT=52). Con respecto a esta escala Strassberg, Clutton y Korboot (1991), refieren que esta escala suele elevarse en las ancianas con respecto a la norma.

Baja autoestima (BAE), aunque existen diferencias estadísticamente significativas, las elevaciones a nivel clínico no se muestran de importancia (ancianas PT=53; estudiantes PT=51). Esta escala que sirve para medir la opinión pobre que las personas tienen de sí mismas, incluyendo pensamientos como el de no ser atractivos, considerarse torpes, incapaces e inútiles y que encuentran difícil aceptar cumplidos de otros; se encuentran ligeramente por arriba de la norma teórica en los dos grupos. (Figura 9 del apéndice)

Para el grupo de los hombres se encontraron diferencias en las escalas:

Miedos (MIE), en esta escala se encontraron diferencias estadísticamente significativas y elevaciones clínicamente importantes; es la escala más elevada del perfil de ancianos (ancianos PT=62; estudiantes PT=54). Incluso se eleva más en el grupo de hombres ancianos que en el grupo de mujeres ancianas. Esta elevación en el caso de los hombres está relacionada con la presencia de temores más específicos, Páez (1995), refiere que esta escala puede elevarse debido a situaciones culturales.

Preocupación por la salud (SAU), las diferencias en esta escala (ancianos PT=58; estudiantes PT=53) muestran que los ancianos se preocupan por su salud y el buen funcionamiento corporal y que se sienten más enfermos que los estudiantes universitarios. Hoch (1964), refiere que la preocupación injustificada por las funciones corporales, se incrementa de manera notoria en los ancianos, ya que al tener menos tareas que atender, prestan una mayor atención a sus pequeños achaques y accidentes.

Baja autoestima (BAE), además de la diferencia estadística, existe una elevación clínicamente importante a nivel de puntaje T uniforme (ancianos PT=58; estudiantes PT=51), lo que indica

que los ancianos reportan tener una opinión pobre de sí mismos, no creen simpatizarles a otros ni ser importantes; pueden mantener actitudes negativas acerca de sí mismos, incluyendo pensamientos de que no son atractivos, que son torpes e inútiles, además de pensar que son una carga para otros, evidentemente carecen de autoconfianza y encuentran difícil aceptar elogios, pueden sentirse abrumados por todas las fallas que ven en sí mismos. Strassberg, Clutton y Korboot (1991), refieren que esta escala suele elevarse en los ancianos con respecto a la norma teórica. (Figura 10 del apéndice).

III. H. ALTERNA 3: Existen diferencias estadísticamente significativas en la elevación de las escalas suplementarias (A) y (Fp) y en el decremento de la escala (Fyo) en sujetos mexicanos de la tercera edad, comparados con el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

Se acepta la hipótesis alterna 3, para las escalas suplementarias (Fyo) y (Fp), debido a que existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de .01 entre el grupo de ancianas y el grupo de estudiantes universitarias mexicanas. Sin embargo, en la escala (A) no se encontraron diferencias.

Se acepta la hipótesis alterna 3, para las escalas suplementarias (A), (Fyo) y (Fp), debido a que existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de .01 entre el grupo de ancianos y el grupo de estudiantes universitarios mexicanos.

Para el grupo de mujeres se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas:

Fuerza del yo (Fyo), las estudiantes reportan mayor adaptación y más recursos emocionales para manejar situaciones externas, que las ancianas que parecen carecer de ellas y que ante los problemas se muestran ansiosas, impidiéndoles esto, dar soluciones adecuadas, (ancianas PT=43; estudiantes PT=51).

F posterior (Fp), la diferencia encontrada en esta escala, que se desarrolló para identificar e invalidar los protocolos de los sujetos que contestan en forma descuidada o no ponen la atención debida a los reactivos, corrobora la actitud observada en los ancianos, quienes mostraron cansancio por lo largo de la prueba y contestaron el último tercio del protocolo con visible desgano. (Figura 11 del apéndice).

Para el grupo de hombres se encontró que existen diferencias en las escalas:

Ansiedad (A), las diferencias encontradas en esta escala (ancianos $PT=55$; estudiantes $PT=51$), indican que los ancianos muestran un mayor nivel de angustia, ansiedad, inconformidad y problemas emocionales, se muestran más inseguros y sumisos, que los estudiantes universitarios, además de estar menos capacitados para tolerar frustración. Hoch (1964), refiere que los estados de ansiedad en la vejez tienden a ser más frecuentes que en las etapas anteriores de la vida del individuo, debido a que la inseguridad y las situaciones que provocan ansiedad son más frecuentes en esta etapa de la vida.

Fuerza del yo (Fyo), las diferencias entre los dos grupos sugieren que los estudiantes se muestran mejor adaptados, con mayores recursos personales y un funcionamiento más eficiente que los ancianos. Con respecto a esta escala Ramírez y López (1995 en prensa), refieren que en su estudio con ancianos, encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con la norma norteamericana, tendiendo a ser más bajo el puntaje en la población mexicana de la tercera edad.

F posterior (Fp), la diferencia encontrada en esta escala indica que los ancianos al igual que las ancianas dejaron de prestar atención a los reactivos que se presentan en la parte final del protocolo. (Figura 12 del apéndice).

COMPARACION CON NORMA NORTEAMERICANA

Se llevó a cabo un análisis estadístico para observar las diferencias de las escalas de validez y clínicas básicas, contenido y suplementarias en relación a la norma teórica.

Con respecto a la norma norteamericana las principales diferencias con los ancianos mexicanos, se encontraron en las siguientes escalas:

a) Escalas de validez y clínicas básicas

Para el grupo de ancianas las principales diferencias se observan en las escalas de validez (L) y (F) y clínicas básicas 1(Hs), 2(D), 5(Mf), 8(Es) y 0(Is). (Figura 13 del apéndice).

Para el grupo de ancianos, las principales diferencias se observan en las escalas de validez (L) y (F) y clínicas básicas 1(Hs), 2(D), 7(Pt), 8(Es) y 0(Is). (Figura 14 del apéndice).

b) Escalas de contenido

Para el grupo de ancianas, las principales diferencias se observan en las escalas (ANS), (MIE), (SAU), (CIN), (PAS), (PTA), (BAE) y (RTR). (Figura 15 del apéndice).

Para el grupo de ancianos, las principales diferencias se observan en las escalas (ANS), (MIE), (OBS), (DEP), (SAU), (DEL), (BAE) y (RTR). (Figura 16 del apéndice.)

c) Escalas suplementarias

Para el grupo de ancianas, las principales diferencias se observan en las escalas (R), (Fyo), (A-Mac), (Hr), (Do), (Rs), (Dpr), (EPS) y (Fp). (Figura 17 del apéndice).

Para el grupo de ancianos, las principales diferencias se observan en las escalas (A), (R), (Fyo), (Hr), (Dpr), (GM), (GF), (EPK), (EPS) y (Fp). (Figura 18 del apéndice).

Esta comparación muestra que los ancianos mexicanos en general tienden a tener más temores y menor seguridad en si mismos, a preocuparse más por su salud, a ser más ansiosos y más depresivos que la norma norteamericana, aunque estas diferencias no caen dentro de niveles patológicos, en algunas de ellas se observan grandes diferencias clínicas a nivel de puntaje T, diferencias que pueden deberse a situaciones culturales lo cual se apoya en lo reportado por Lucio y Reyes (1992) y Páez (1995).

CONCLUSIONES

En contestación al primer objetivo de la investigación en el cual se planteó conocer las principales características de personalidad de los sujetos de la tercera edad, medidos a través del MMPI-2, se obtuvieron las claves e interpretación de los perfiles por género, conociéndose de esta manera las características de personalidad tanto de las ancianas como de los ancianos que integran la muestra de esta investigación.

Para el grupo de ancianas se obtuvo la siguiente clave del perfil: 5-128790 34/6: L-FK/, que se interpreta a continuación:

PERFIL FEMENINO DE SUJETOS DE LA TERCERA EDAD

En la actitud ante el inventario, se observa que las ancianas respondieron en forma defensiva, mostrándose convencionales y expresando estar bien adaptadas a su medio ambiente. Expresan tener algunos problemas que posiblemente se les dificulta resolver.

Clinicamente, el perfil muestra que son personas independientes, creativas y en ocasiones agresivas. Se muestran quejumbrosas, irritables y preocupadas por su salud. Son productivas, bien organizadas y responsables, se orientan principalmente hacia el trabajo y buscan mantenerse en constante actividad, quizá para no enfrentarse a su sintomatología física que presentan.

Sus recursos son reducidos y su respuesta hacia el exterior es la de experimentar cierto nivel de ansiedad, el cual manejan a través de su sintomatología física. En sus relaciones interpersonales son amistosas, entusiastas, platicadoras y equilibradas, manejándose con entereza.

No se aprecia un interés o motivación para realizar actividades de la vida cotidiana y sus esfuerzos podrían verse reducidos quizá por lo limitado del campo de trabajo dentro y fuera de casa debido a su edad.

Están dispuestas a aceptar ayuda ya que tienen una buena actitud para el tratamiento, aunque sus recursos son pobres. Es posible, por los datos encontrados, que en la segunda parte de la prueba pudieron haber contestado con poca atención, posiblemente debido al cansancio provocado por la longitud de la misma.

Para el grupo de ancianos, se obtuvo la siguiente clave de perfil 2-18 70 346/95: LF/F, que se interpreta a continuación:

PERFIL MASCULINO DE SUJETOS DE LA TERCERA EDAD

La actitud ante el inventario fue la adecuada, los ancianos respondieron con honestidad, mostrándose convencionales y conformes con la propia autoimagen aceptando tener algunos problemas. Como características principales se observa que en el perfil reportan desórdenes orgánicos específicos, mostrándose como personas quejumbrosas e irritables. Son personas que pueden tener excesivo interés por su salud personal, especialmente en lo referente al funcionamiento corporal. Se aprecian también elementos depresivos relacionados con sentimientos de melancolía, infelicidad e insatisfacción constante consigo mismos y con los demás. Pueden ser además pesimistas y preocupados en exceso, pero con un alto grado de responsabilidad y sensibilidad ante cualquier manifestación emocional. Son personas que tienden a negar que pueden tener problemas psicológicos y que justifican a través de su sintomatología física, incluso no se aprecian recursos necesarios para manejar situaciones externas o un manejo eficiente de sus propios recursos; son personas pesimistas, que cuando las cosas no funcionan como ellos quieren, tienden a desilusionarse fácilmente y a devaluar su trabajo, incluso tienden a culparse a sí mismos por sus posibles fracasos. En sus relaciones interpersonales son aislados e introvertidos, son cautelosos y en general tienden a percibir su medio con un alto grado de tensión, ante el cual reaccionan con mucho estrés, lo

que les impide adaptarse adecuadamente a sus relaciones sociales. Su interés por los demás es bajo, y a pesar de que pueden ser creativos e imaginativos, no son capaces de llevar a la práctica dichas características, dado que en general tienden a mostrarse inhibidos y tímidos. También muestran haber contestado con poca atención el último tercio de la prueba, quizá por el cansancio provocado por la longitud de la misma.

De lo anterior se concluye que los ancianos son personas con sentimientos de inseguridad, timidez, irritabilidad y desaliento; sentimientos provocados probablemente por encontrarse en una etapa de la vida en que tienen pocos logros, lo que induce a preocuparse exageradamente por su salud y centrarse en sí mismos deseando excluirse de su grupo social.

Es posible que sus temores sean provocados por su situación socioeconómica, la cual los hace sentir con falta de recursos para enfrentar sus problemas de supervivencia lo que quizá, explique su baja autoestima.

De lo anterior se puede contestar la interrogante de: ¿existen diferencias en el perfil de personalidad de los sujetos de la tercera edad y el perfil de los estudiantes universitarios mexicanos medidos a través del MMPI-2?

Sí, ya que las diferencias individuales de ambos grupos son evidentes y donde la senectud como fase del ciclo vital tiene, al igual que las otras fases, algunos elementos de alteración de la personalidad que son específicos y propios de ese grupo de edad, en el cual el anciano tiende a ser definido en términos de su separación del núcleo fundamental de la humanidad, en vez de en términos de continuidad, (Goldman, 1989).

Por su misma naturaleza, la vejez es visible, y por ello es una entidad diagnóstica a la que se le puede negar todo tipo de remedio, empezando así el abandono. Algunos individuos se rehusan a modificar sus demandas de acuerdo a la disminución de sus capacidades físicas y mentales, niegan sus limitaciones que cada día son mayores y emplean muchos mecanismos

de defensa para negar su declinación, lo que conduce a diversas manifestaciones tales como terquedad excesiva y agresividad hostil (Papalia, 1990).

Según Erikson (1988), las dos tareas críticas más importantes del desarrollo en la senectud son: primero aceptar los cambios de los ideales y del concepto de si mismo, como resultado del paso de la edad; segundo, aceptar los cambios de los procesos físicos del cuerpo. Lo primero permite poder aceptar la pérdida de personas importantes en la vida personal, así como la idea de la propia muerte cercana.

Un hecho es común a cualquier persona senescente: la deterioración paulatina que se opera en la esfera intelectual y perceptiva, habrá de reflejarse a un nivel superior de integración al nivel de la personalidad del individuo, tanto en su fase interna (autoimagen, sentimientos y actitudes), como en la externa o de conducta adaptativa al medio (Moreno, 1980).

Sin embargo, Sullivan (1947), refiere que si el desarrollo de la personalidad del sujeto ha sido y seguido un curso sano, el individuo vivirá su vejez con un cierto grado de angustia positiva generadora de acción, que lo mantendrá en un adecuado contacto con la realidad; sin embargo, si el individuo posee una personalidad fragmentada, el estado deficitario de la edad avanzada constituirá un motivo para expresar su conflictiva no resuelta en etapas anteriores (Kaplan y Sadok, 1993).

Con base a lo anterior se apoya el argumento de que al analizar y comparar los perfiles de los ancianos y los estudiantes universitarios mexicanos (Lucio y Reyes, 1992), existe una gran similitud en la conformación de los mismos, ya que clínicamente se encuentran dentro del mismo rango de normalidad. Asimismo, Swenson (1985, citado en Butcher y cols., 1991), concluye que, no hay diferencia objetiva que muestre que los individuos aumenten su psicopatología conforme envejecen. Con muy pocas excepciones, el fin geriátrico del continuo se mantiene muy firme en términos de estabilidad, conformación y ausencia de psicopatología.

Con respecto a lo anterior, no obstante las discrepancias encontradas, se puede concluir que tanto los perfiles de los ancianos, como los de los estudiantes, guardan entre sí, similitud, pudiendo explicarse dichas diferencias como originadas por los tamaños de las muestras, siendo la de ancianos substancialmente más pequeña que la de estudiantes, se infiere que las diferencias serán menores utilizando una muestra mayor de ancianos.

Además se observa que los perfiles de las escalas de validez, clínicas básicas, contenido y suplementarias, se encuentran dentro de rangos de normalidad, no presentando ninguna de ellas, elevaciones patológicas ($PT > 65$), por lo que se infiere que la aplicación del instrumento en poblaciones de sujetos de la tercera edad, muestra confiabilidad similar mostrada en aplicaciones a poblaciones más jóvenes.

NORMA AMERICANA

Con respecto a la norma norteamericana (Butcher y cols., 1989), se observa que los perfiles de las muestras de ancianos mexicanos reportan diferencias clínicamente importantes, encontrándose las mayores diferencias dentro de un rango de puntaje T uniforme 50 a 64.

Las escalas de contenido muestran una semejanza de perfil entre las elevaciones de las escalas tanto de mujeres como de hombres en ambas muestras.

Las escalas suplementarias muestran diferencias dentro de un rango de puntuación T uniforme de 50 a 60. Se observa que las elevaciones más marcadas no caen dentro de ninguna patología. De acuerdo a lo concluido por Lucio y Reyes (1994), las diferencias entre grupos mexicanos y la norma norteamericana, se explica como consecuencia de diferencias socioeconómicas y culturales.

ALCANCES

La presente investigación permitió, por primera vez en México, evaluar las características de personalidad de los ancianos mexicanos a través del MMPI-2, considerándolos como grupo independiente en su comparación con grupos mexicanos más jóvenes.

El MMPI-2 es una prueba que demostró la posibilidad de ser aplicada satisfactoriamente a la población de ancianos, así como una herramienta psicológica útil en la evaluación clínica para posteriormente abordar al individuo y prestarle ayuda de una manera integral.

Esta investigación, que puede considerarse como uno de los primeros acercamientos al uso del MMPI-2 en la población de la tercera edad mexicana, podría sugerir a través de futuras investigaciones, la elaboración de un modelo de tratamiento para este tipo de población con alcances multidisciplinarios.

El haber realizado la presente investigación, con una población de la tercera edad, permitió conocerlos y descubrir el gran interés por conocer sus rasgos de personalidad, transformándose así en un grupo accesible y cooperador.

LIMITACIONES

La mayor dificultad con que se enfrentó el trabajo, fue la longitud de la prueba, se observó que no obstante el interés expresado por los ancianos antes de la prueba, mostraron desinterés y cansancio al finalizarla, argumentando sobre el tiempo que lleva responderla. De 195 sujetos, se negaron a terminar la prueba 24 sujetos (12 por ciento de las aplicaciones) lo cual se considera, pudo ser factor importante en el perfil obtenido.

Otra limitación importante del estudio, fue el reducido tamaño de la muestra, el cual no permite hacer generalizaciones.

SUGERENCIAS

El tiempo promedio que toman los ancianos para contestar la prueba, es de aproximadamente una hora más de la que toman los jóvenes, debido probablemente a la lentificación natural de sus reflejos; se sugiere utilizar un sistema que les permita contestar la prueba en dos etapas, dándoles tiempo para un descanso razonable entre etapas.

Podría aplicarse una versión corta del MMPI-2 como sugieren Smith, Patterson, Grant y Clopton (1989), quienes aplicaron a 83 ancianos el MMPI y una versión corta del mismo, obteniendo resultados que muestran que ambos perfiles no reportaron grandes diferencias.

Con respecto al tamaño de la muestra, se sugiere que en futuras investigaciones se utilicen muestras más amplias y además se trabaje con variables que permitan conocer diferencias más específicas que enriquezcan las investigaciones y por ende la información sobre los ancianos, éstas podrían ser entre otras: escolaridad, por institución, estado civil o étnia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aldwin, C. Spiro, A. III, Levenson, M. R. & Bossé, R.; (1989), Longitudinal findings from the Normative Aging Study. I. Does mental health change with age? *Psychology and Aging*, págs. 295-306.
- Allport, Gordon W.; (1974), *PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD*, Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Allport, Gordon W.; (1977), *LA PERSONALIDAD*, Editorial Herder. Barcelona, España.
- Ampudia, Stilman y Villanueva.; (1977), *TENDENCIA A LA SOMATIZACION EN ESTUDIANTES DE MATEMATICAS*, (estudio comparativo entre estudiantes de matemáticas y medicina, utilizando la prueba del MMPI). Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Ampudia, R. A.; (1994), *EL MMPI-2 Y EL RENDIMIENTO ACADEMICO EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS*, Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM. México, D. F.
- Arnau, J.; (1978), *METODOS DE INVESTIGACION EN LAS CIENCIAS HUMANAS*, Ediciones Omega. Barcelona, España.
- Ben-Porath, Y. S.; (1995), *Seminario Internacional sobre Investigación e Interpretación del MMPI-2*. CONACYT y Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.
- Bolla, W. K. y Bleecker, M. L.; (1989), Absence of depression in elderly adults. *JOURNAL OF GERONTOLOGY*, Vol.44 (2), págs. 53-55.
- Brachfeld, O. F.; (1991), *CARL GUSTAV JUNG. TEORIA DEL PSICOANALISIS*, Editorial Tribuna de Plaza & Janés. Barcelona, España.
- Butcher, J. N.; (1989), *USER'S GUIDE FOR THE MINNESOTA PERSONNEL REPORT*, Minneapolis: National Computer Systems.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W., Graham, J., Tellegen, A. & Kraemmer, B.; (1989), *MMPI-2. MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY 2. MANUAL FOR ADMINISTRATION AND SCORING*, Minneapolis University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Williams, C. L., & Ben-Porath, Y. S.; (1989), *DEVELOPMENT AND USE OF THE MMPI-2 CONTENT SCALES*, Minneapolis University of Minnesota Press.

- Butcher, N. B., Alwin, M. C., Levenson, R. M., Ben-Porath, Y. S., Spiro III, A. & Bossé R.;** (1991), *Personality and aging: A Study of the MMPI-2 Among Older Men. Psychology and aging*, Vol. 6 (3), págs. 361-370.
- Cárdenas, Y.;** (1987), *ESTUDIO DE CORRELACION ENTRE LA ESCALA ADICIONAL DEL MMPI AC (LOGRO ACADEMICO) Y PROMEDIO EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE ADOLESCENTES*, Tesis de Licenciatura. UNAM. México, D.F.
- Casabal, C., y Wengerman, A.;** (1974), *ESTUDIO DE LAS CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD UTILIZANDO EL MMPI EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA GENERACION 1973 DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA*, Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.
- Cattell, R. B.;** (1965), *THE SCIENTIFIC ANALYSIS OF PERSONALITY*, Baltimore: Penguin Books.
- Coolidge, F. L., Burns, E. M., Nathan, J. H. y Mull, C. E.;** (1992), *Personality disorders in the elderly, CLINICAL GERONTOLOGIST*, Vol. 12 (1), págs. 41-55.
- Dolto, Francois;** (1991), *PSICOANALISIS Y PEDIATRIA*, Editorial Siglo XXI. México, D.F.
- Dorsch, Frederick;** *DICCIONARIO DE PSICOLOGIA*, Editorial Herder. Barcelona, España.
- Downie, N. M., Heath, R. W.;** (1986), *METODOS ESTADISTICOS APLICADOS*, Editorial Harla Harper & Row Latinoamericana. México, D.F.
- Durán, P. C.;** (1996), *ESTUDIOS PSICOMETRICOS DEL MMPI-2 EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD*, Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.
- Dush, D. V. & Hutzell, R. R.;** (1986), *A brief MMPI depression screening scale for the elderly. CLINICAL GERONTOLOGIST*, Vol. 5 (1-2), págs. 175-185.
- Elorza, H.;** (1987), *ESTADISTICA PARA CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO*, Editorial Harla. México, D. F.
- Erikson, E. H.;** (1988), *EL CICLO VITAL COMPLETADO*, Editorial Paidós. México, D.F.
- Etcheverry, J. L.;** (1990), *SIGMUND FREUD. OBRAS COMPLETAS*, Tomos IV, V y XIX, Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Gallegos, M. L.;** (1996), *CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD DE UN GRUPO DE PERSONAS QUE PADECEN NEURODERMATITIS*, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.

- Gessell, A.; (1989), *EL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS*, Editorial Paidós. México, D. F.
- Graham, J. R., (1987); *MMPI GUIA PRACTICA*, Editorial El Manual Moderno. México, D.F.
- Graham, J. R., (1990); *MMPI-2 ASSESING PERSONALITY AND PSICOPATHOLOGY*, New York: Oxford University Press.
- Goldman, Howard H.; (1989), *PSIQUIATRIA GENERAL*, Editorial El Manual Moderno. México, D.F.
- Gubrium, F. F.; (1975), Being Single in old age. *INTERNATIONAL JOURNAL OF AGING AND HUMAN DEVELOPMENT*, Vol. 6 (1), págs. 29-41.
- Hall, C. S., y Lindzey, G.; (1974), *LA TEORIA FACTORIAL DE LA PERSONALIDAD*, Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Hall, C. S., y Lindzey, G.; (1984), *LAS TEORIAS PSICOSOCIALES DE LA PERSONALIDAD, Adler, Fromm, Horney y Sullivan*; Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Havighurst, R.; (1968), *PERSONALITY PATTERNS OF AGING*, Chicago: University of Chicago Press.
- Harper, R. G., Kotik, H. D. & Kirby, H.; (1990), Psychometric assesment od depression in an elderly general medical population: Over-or-under assesment? *JOURNAL OR NERVOUS AND MENTAL DISEASE*, Vol. 178 (2), págs. 113-119.
- Hoch, Paul. H.; (1964), *PSICOPATOLOGIA DE LA VEJEZ*, Editorial Morata, Madrid.
- Hyer, L.; Walker, C., Swanson, G. & Sperr, S.; (1992), Validation of PTSD measures for older combat veterans. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, Vol. 48 (5), págs. 579-588.
- Kaplan, H. I., y Sadok, J. B.; (1993), *COMPENDIO DE PSIQUIATRIA*, Salvat Ciencia y Cultura Latinoamericana. México, D. F.
- Kerlinger, Fred N.; (1988), *INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO*, Editorial McGraw-Hill/Interamericana de México.
- Koepl, P. M., Bolla, W. K. & Bleecker, M. L.; (1989), The MMPI: Regional difference or normal aging? *JOURNALS OF GERONTOLOGY*, Vol. 44 (4), págs. 95-99.

- Larraguivel, S. G., Monzón, G. L. y Oyervidez, G. S.; (1996), *DESARROLLO DE LA ESCALA "F PSICOPATOLOGICA" DEL MMPI-2 PARA POBLACION MEXICANA*, Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.
- Leardi, G., Franzese, A., Gentili, P. y Turchi, C.; (1987), Valutazione del livello di soddisfazione vitale nell'anziano autosufficiente./ Assessment of life satisfaction in selfsufficient elderly people. *ARCHIVO DI PSICOLOGIA, NEUROLOGIA E PSICHIATRIA. ITALIAN*, Vol. 48 (1), págs. 113-123.
- Lichtenberg, P. A., & Barth, J. T.; (1989), The dynamic process of caregiving in elderly spouses: A look at longitudinal case reports, *CLINICAL GERONTOLOGIST*, Vol. 9 (1), págs. 31-44.
- Lidz, Theodore.; (1983), *THE PERSONS: HIS AND HER DEVELOPMENT THROUGHOUT THE LIFE CYCLE*, New York: Basic Books.
- López-Antunez, L.; (1986), *ANATOMIA FUNCIONAL DEL SISTEMA NERVIOSO*, Editorial Limusa. México, D. F.
- López, Ballesteros, L.; (1986), *SIGMUND FREUD. ESQUEMA DEL PSICOANALISIS Y OTROS ESCRITOS DE DOCTRINA PSICOANALITICA*, Editorial Alianza. Madrid, España.
- 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 PSICOLOGIA*, Vol. 11 (1), págs. 45-54.
- Lucio, Esquivel y Rivera.; (1995), *TALLER SOBRE EL MANEJO Y LA INTERPRETACION DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD. MMPI*, Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.
- Lucio, E.; (1995), *MANUAL PARA LA ADMINISTRACION Y CALIFICACION DEL MMPI-2*, Versión en español. Editorial El Manual Moderno. México, D. F.
- Lucio, G. M. E., y Ampudia, R. A.; (1995), *INTRODUCCION AL USO DE LA NUEVA VERSION DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA-2 (MMPI-2) EN LA EVALUACION PSICOLOGICA*, Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.
- Maddox, G.; (1968), *PERSISTANCE OF LIFE STYLE AMONG THE ELDERLY*, Chicago: University of Chicago Press.
- Martínez, F.; (1990), Las enfermedades en la vejez. *MEMORIAS DEL SEGUNDO CONGRESO DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, Facultad de Medicina. UNAM. México, D.F.

- Moreno, C. T.;** (1994), *CAMBIO DE ACTITUD EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS*, Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.
- Motlis, J.;** (1985), *EL DADO DE LA VEJEZ Y SUS SEIS CARAS*, Editorial Altaelena. Madrid, España.
- Navarro;** (1971), El MMPI (español) aplicado a jóvenes mexicanos: influencias de sexo, edad y nivel de inteligencia. *REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGIA*, Vol. 5 (3-4), pág. 127-137.
- Neugarten, B.;** (1975), The rise of the young old. *THE NEW YORK TIMES*, January 18th.
- Núñez, Rafael;** (1979), *APLICACION DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI) A LA PSICOPATOLOGIA*, Editorial El Manual Moderno. México, D. F.
- Páez, R.;** (1995), *LAS ESCALAS DE CONTENIDO DEL MMPI-2 EN ESTUDIANTES MEXICANOS*, Tesis de Maestría. UNAM. México, D.F.
- Papalia, Diane. E. y Sally Wendkos O.;** (1989), *PSICOLOGIA*, Editorial McGraw-Hill/Interamericana de México.
- Papalia, E. D. y Wendkos, O. S.;** (1990), *DESARROLLO HUMANO*, Editorial McGraw-Hill/Interamericana de México.
- Park, K. B., Upshaw, H. S. & Koh, S. D.;** (1988), East Asian's responses to western health items. *JOURNAL OF CROSS CULTURAL PSYCHOLOGY*, Vol. 19 (1), págs. 51-64.
- Pérez y Farias;** (1995), *ESTUDIO DE CONFIABILIDAD TEST-RETEST EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS*, Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.
- Pick, S. y López A. L.;** (1983), *COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES*, Editorial Trillas, 3a. edición. México, D. F.
- Polanco, H. G.;** (1996), *COMPARACION DE DOS VERSIONES EN ESPAÑOL DEL MMPI-2 EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS*, Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México, D. F.
- Priest, W. & Meunier, G. F.;** (1993), MMPI-2 performance of elderly women, *CLINICAL GERONTOLOGIST*, Vol. 14 (3), págs. 3-11.
- Quiroz, V. G. y Fournier, G. L.;** (1987), *SPSS ENFOQUE APLICADO*, Editorial McGraw-Hill. México, D. F.

- Ramírez, R. y López, P. (1995). *EVALUACION DE LA FUERZA VOICA EN PERSONAS MEXICANAS DE LA TERCERA EDAD A TRAVES DE LA ESCALA FUERZA DEL YO DEL MMPI-2*. Tesis de Licenciatura en prensa Facultad de Psicología. UNAM México, D.F.
- Ramos, J. M., (1980). *ESTUDIO COMPARATIVO EN UNA POBLACION SENESCENTE A TRAVES DEL MMPI*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM México, D.F.
- Riva Palacio, V. (1980). *MEXICO A TRAVES DE LOS SIGLOS*, Tomo 1. Publicaciones Herreras, S. A. México, D.F.
- Rivera, O. y Ampudia, (1976). El MMPI en la detección precoz de las alteraciones mentales en población universitaria. *REVISTA MEXICANA DE PSQUIATRIA*, Vol.6 (2). pags. 58-65.
- Rivera, J. O. (1991). *INTERPRETACION DEL MMPI EN PSICOLOGIA CLINICA, LABORAL Y EDUCATIVA*. Editorial El Manual Moderno México, D. F.
- Riley, M. & Foner, A.; (1968). *Aging and Society*. Vol. 1. *AN INVENTORY OF RESEARCH FINDINGS*, Nex York: Russel Sage.
- Rose, R.; (1965). Old people: their friends and neighbors. *AMERICAN BEHAVIORAL SCIENTIST*, Vol 14 (2). pags. 59-69
- Rosow, I.; (1967). *SOCIAL INTEGRATION OF THE AGED*. New York: Free Press
- Schweizer, E., Case, W. G. & Rickels, K.; (1989), Benzodiazepine dependence and withdrawal in elderly patients, *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHITRY*, Vol 146 (4), págs. 529-531.
- Smith, L. W., Patterson, T. L., Grant, I. & Clopton, P.; (1989), A shortened MMPI useful for psychiatric screening of the non-institutionalized elderly. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, Vol. 45 (3). págs. 359-365.
- Spitz, R.; (1987), *EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO*, Fondo de Cultura Económica. México, D. F.
- Strassberg, D. S., Clutton, S. & Korboot, P.; (1991), A descriptive and validity study of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) in an elderly Australian sample, *JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY AND BEHAVIORAL ASSESSMENT*, Vol. 13 (4), págs. 301-311.
- Taboada, A. L.; (1993). *NORMALIZACION DEL MMPI-2 EN POBLACION UNIVERSITARIA DE NICARAGUA*. Tesis de maestría. UNAM. México, D.F.

- Taylor, J. R., Strassberg, D. S. & Turner, C. W.;** (1989), Utility of the MMPI in geriatric population, *JOURNAL OF PERSONALITY ASSESSMENT*, Vol. 53 (4), págs. 665-676.
- Tibilova, A. U. & Tsytsareva, I. V.;** (1988), (Prognostic significance of personality features in psychotherapy of depressive elderly patients), *TRUDY LENINGRADSKOGO NAUCHNO ISSLEDOVATEL'SKOGO PSIKHONEVROLOGI-CHSKOGO INSTITUTA IM-V-M BEKHTEREVA*, Vol. 121. (6), págs. 131-137.
- Tsytsareva, I. V.;** (1990), Psychotherapy within the complex of therapeutic measures in depressions of late age, *TRUDY LENINGRADSKOGO NAUCHNO ISSLEDOVATEL'SKOGO PSIKHONEVROLOGICHSKOGO INSTITUTA IM-V-M BEKHTEREVA*, Vol. 125, págs. 144-150.
- Valencia, G. R.;** *DETECCION DE PERFILES DE SUJETOS SIMULADORES Y SUJETOS HONESTOS A TRAVES DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ DEL MMPI-2*, Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F.
- Wolpe, Joseph;** (1990), *PRACTICA DE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA*, Editorial Trillas, México, D.F.
- Zinberg, N.;** (1976), *PSICOLOGIA NORMAL DE LA VEJEZ*, Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

APENDICE

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS BASICAS

(n=97)

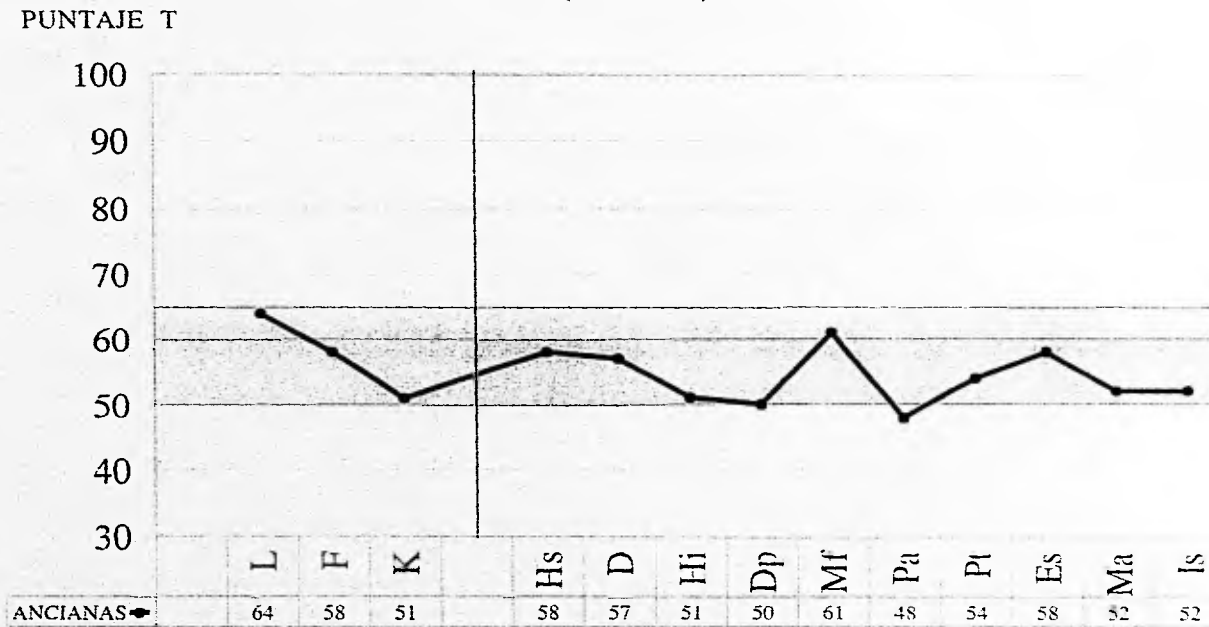


FIGURA 1

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS BASICAS

(n=97)

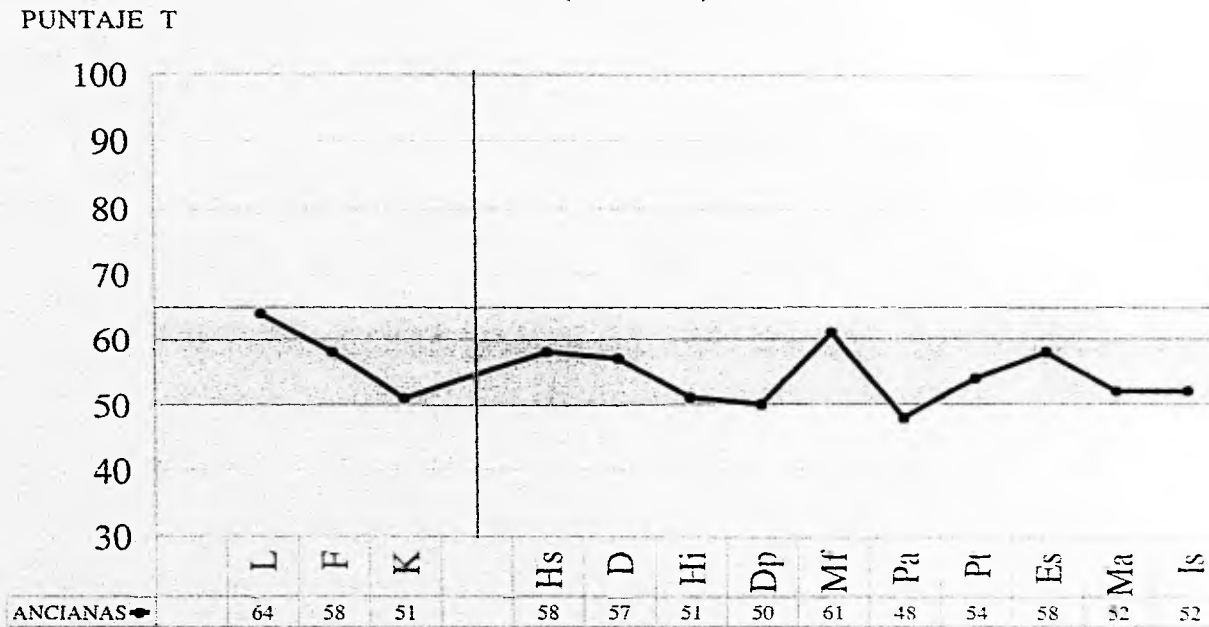


FIGURA 1

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS BASICAS

(n=60)

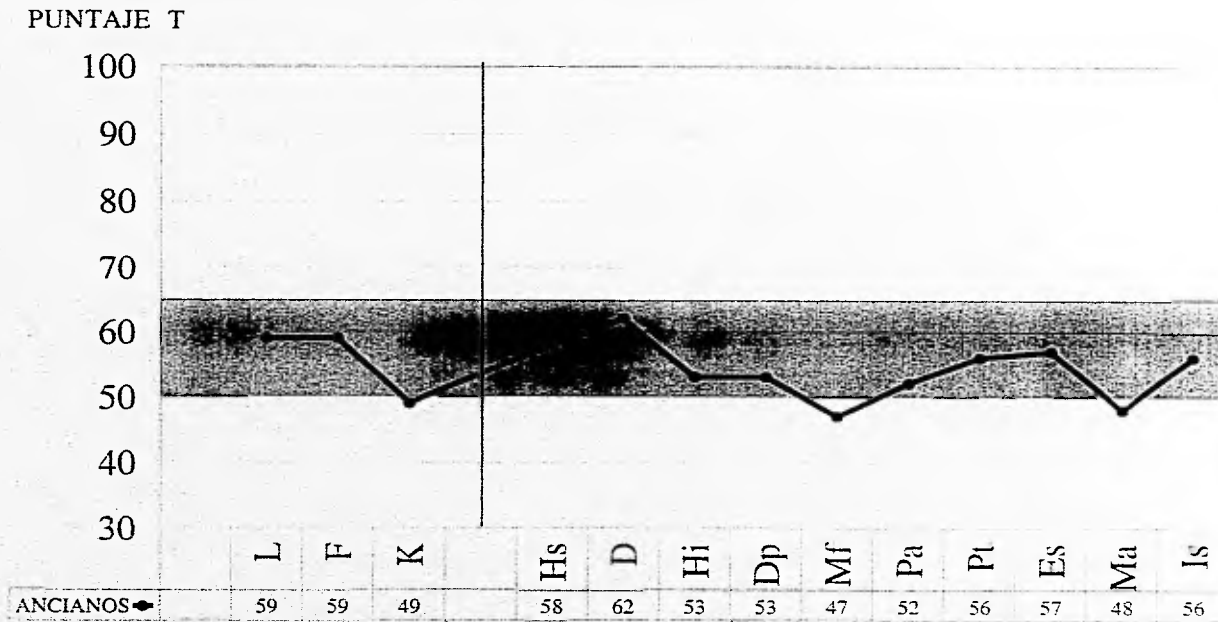


FIGURA 2

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS BASICAS

(n=60)

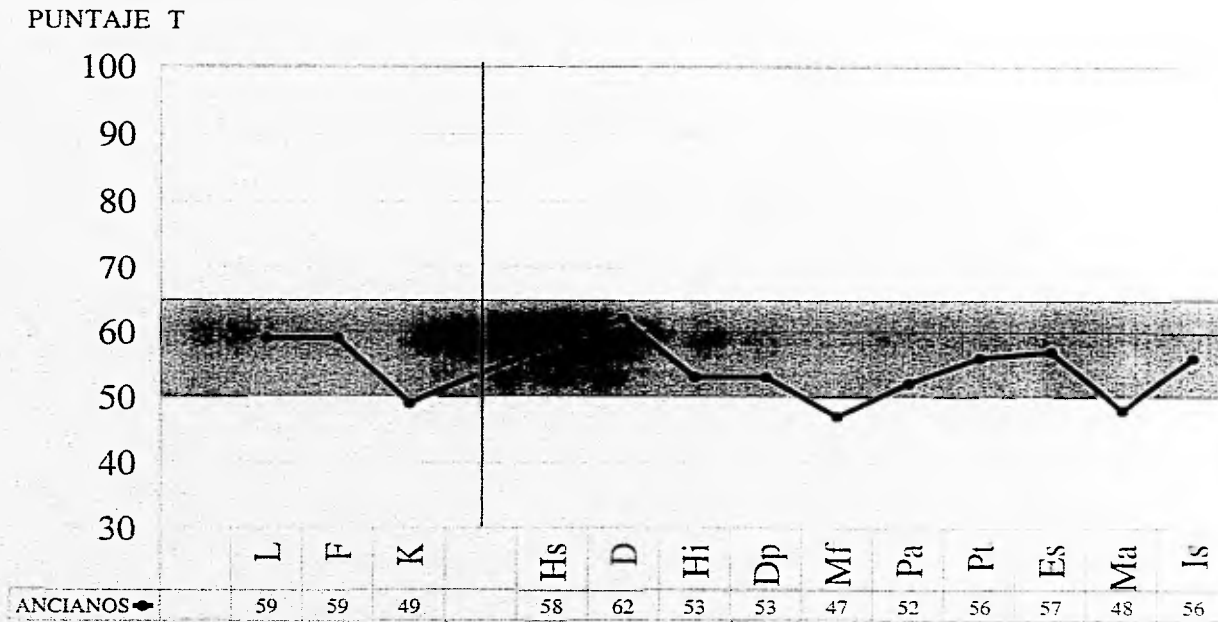


FIGURA 2

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS CONTENIDO

(n=97)

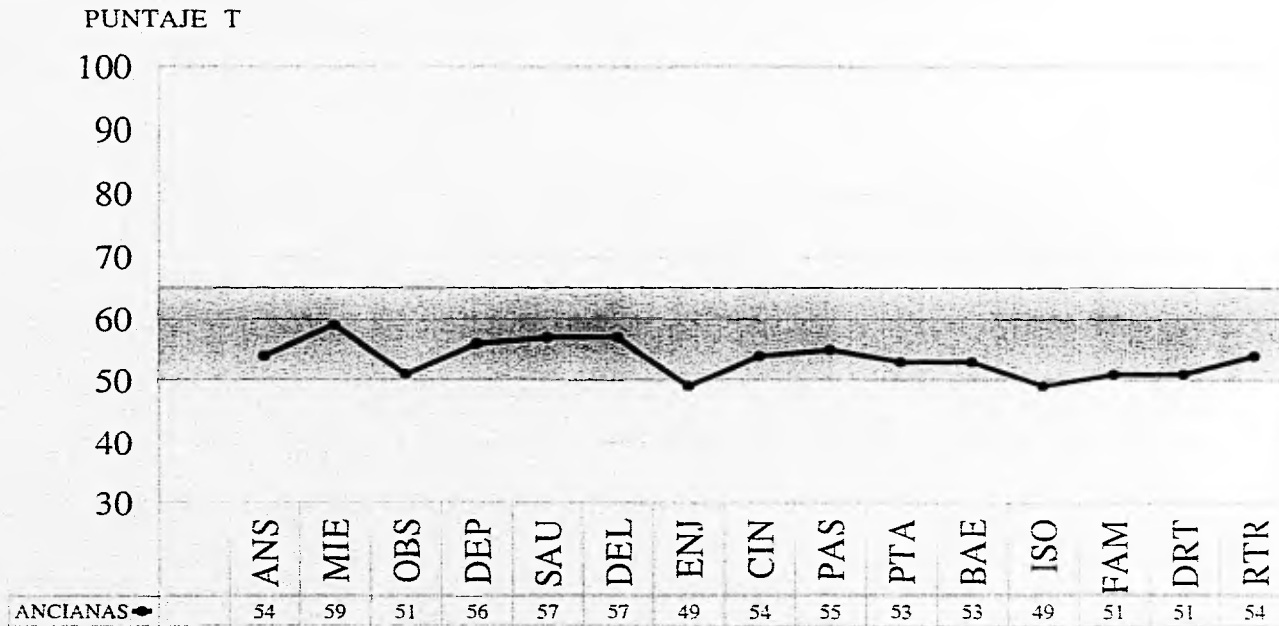


FIGURA 3

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS CONTENIDO

(n=97)

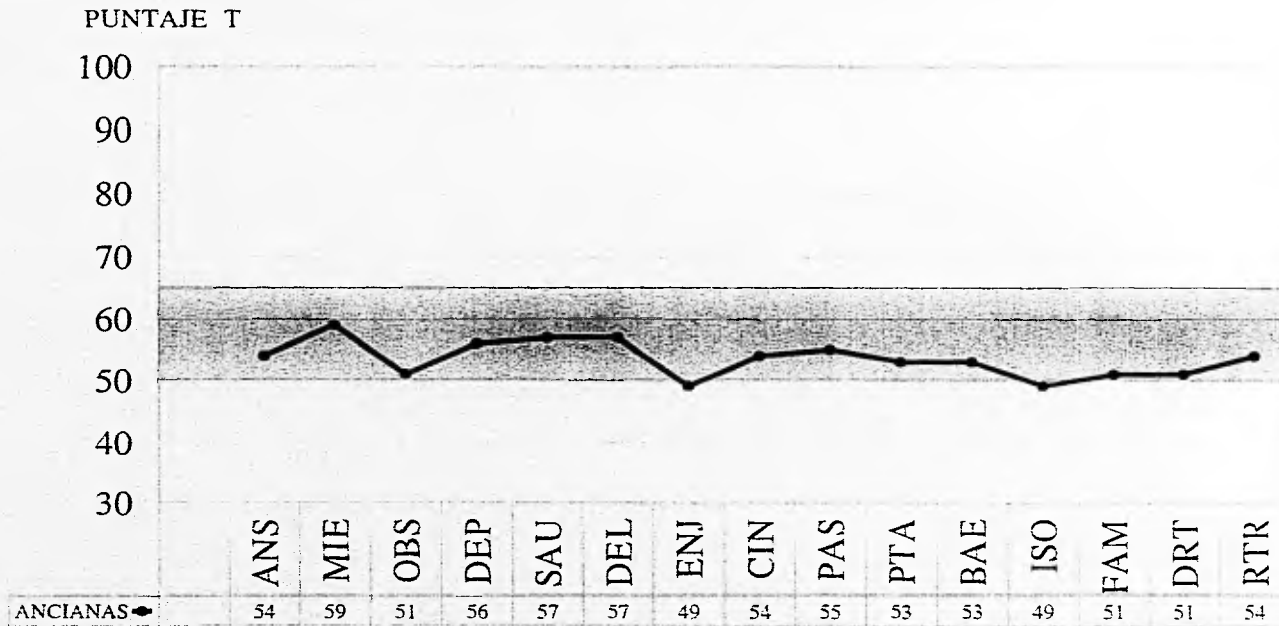


FIGURA 3

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS CONTENIDO

(n=60)

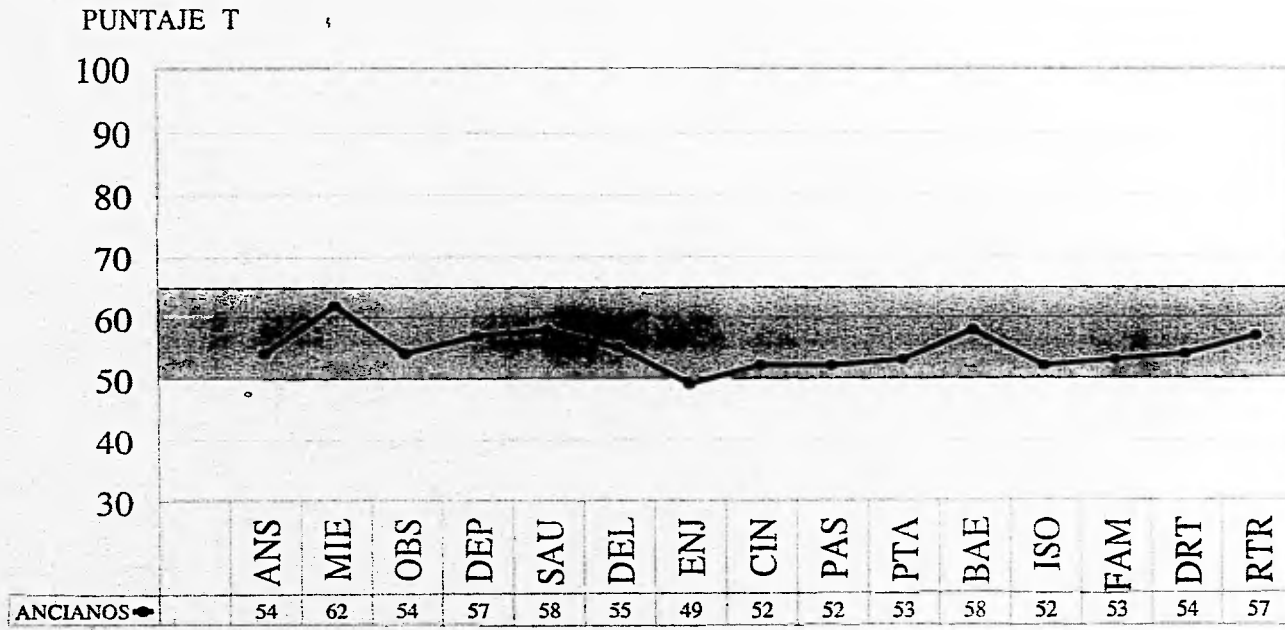


FIGURA 4

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS CONTENIDO

(n=60)

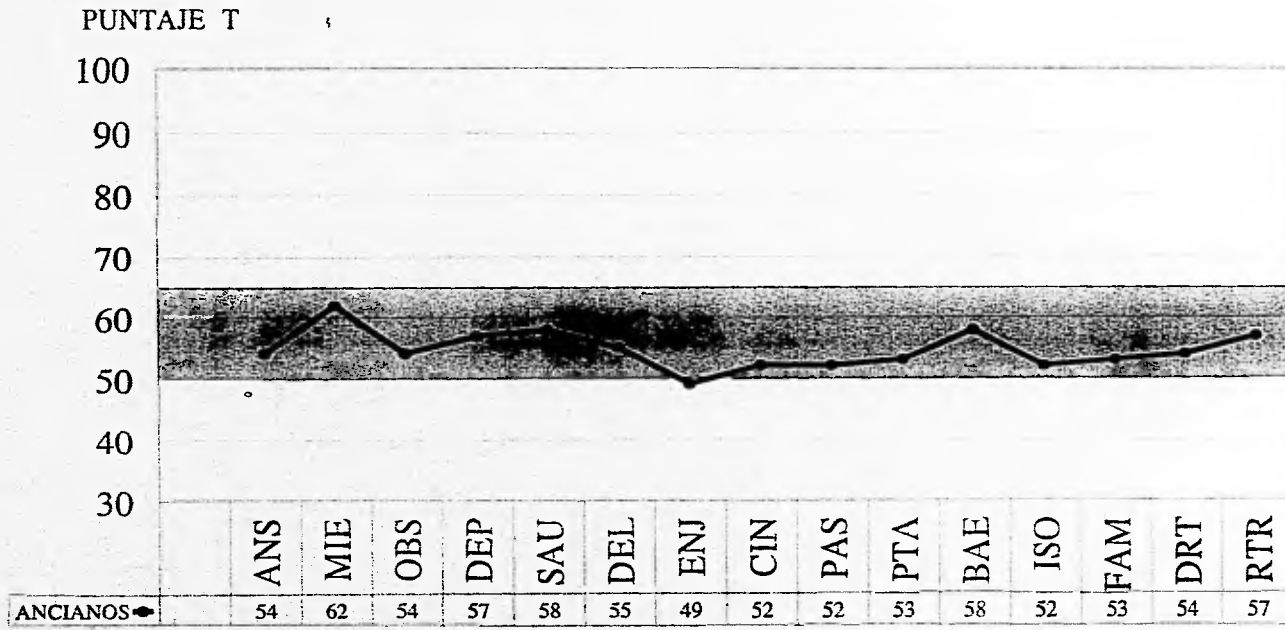


FIGURA 4

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

(n=97)

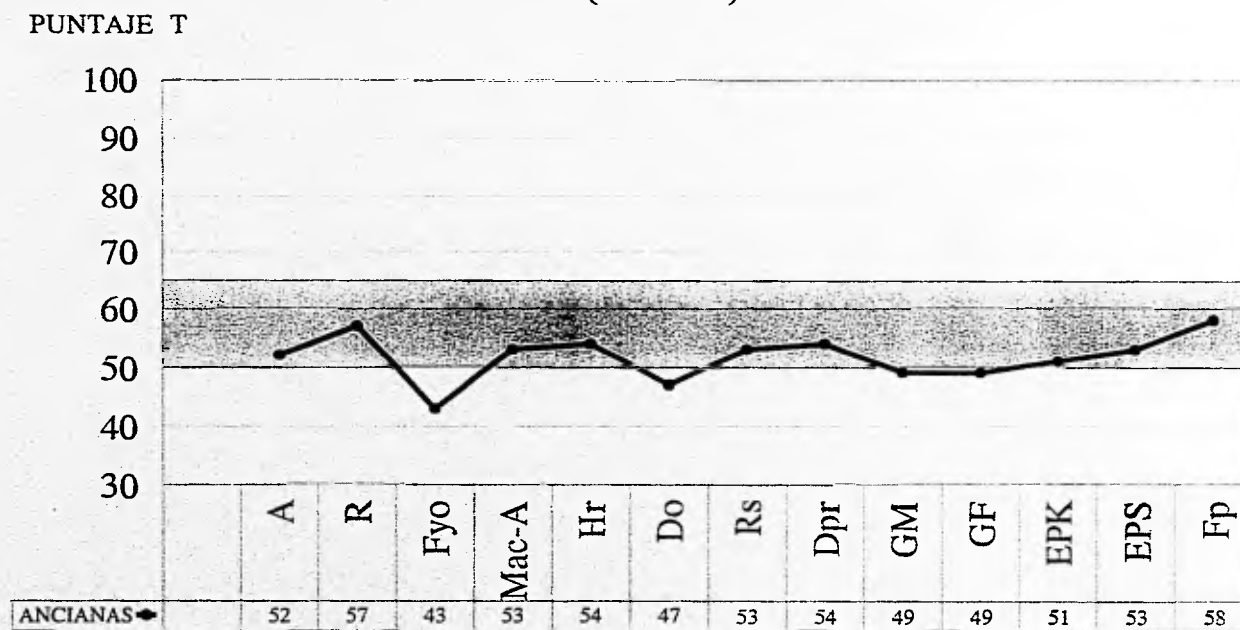


FIGURA 5

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

(n=97)

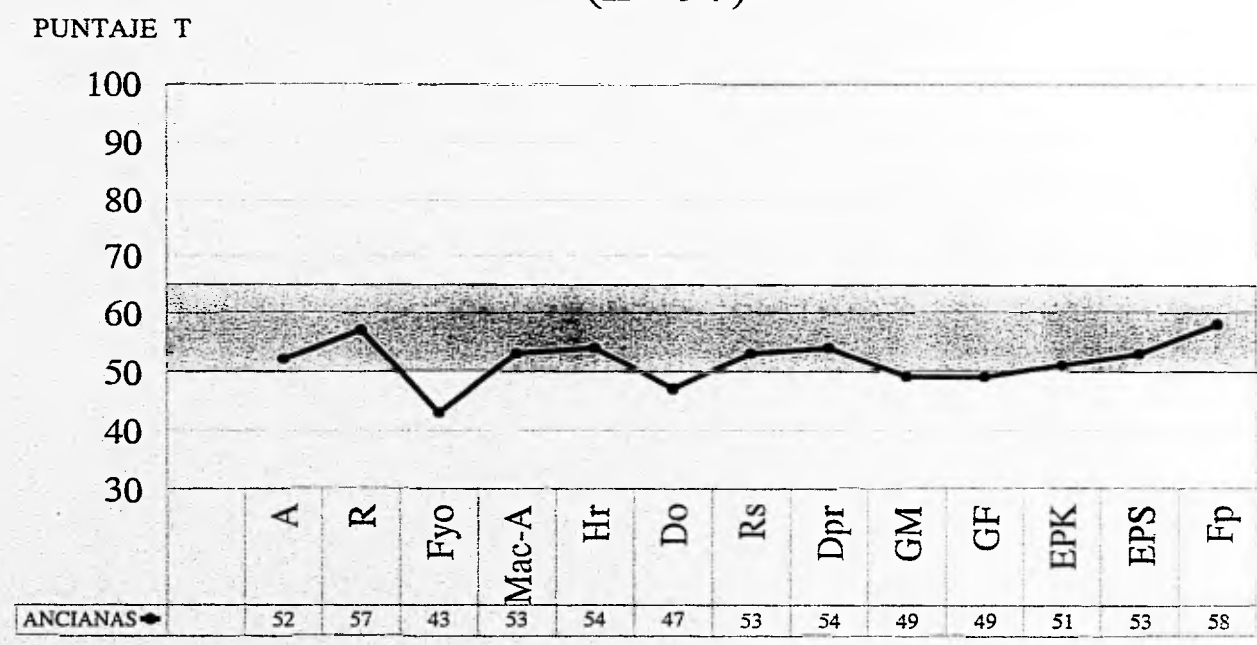


FIGURA 5

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

(n=60)

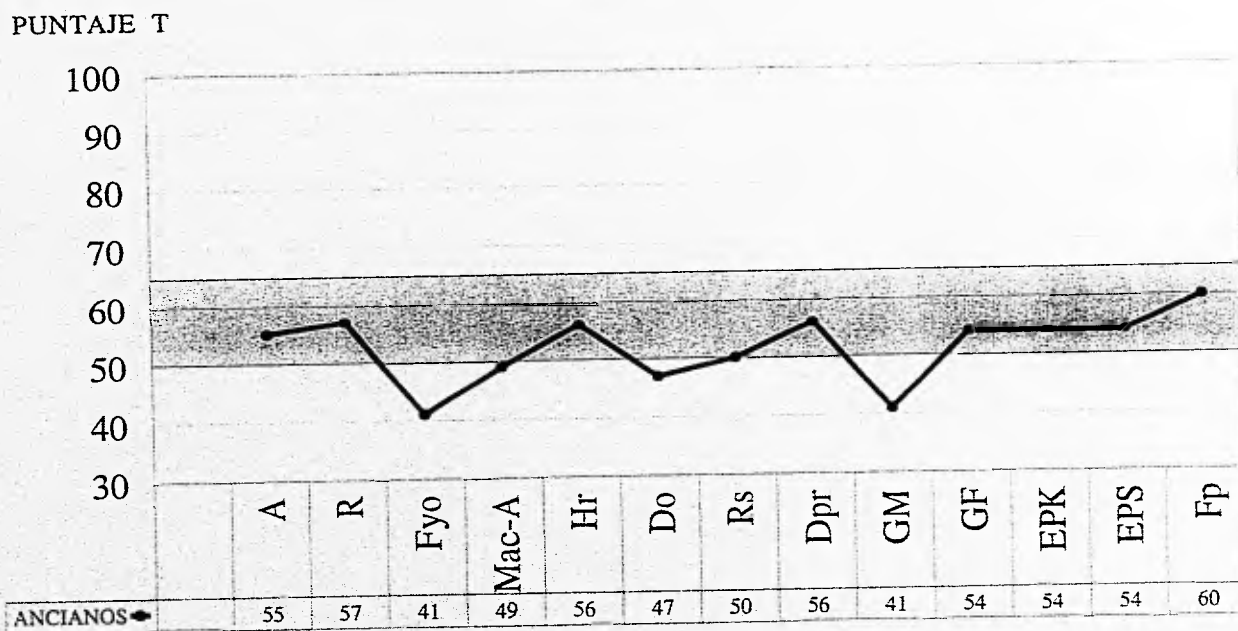


FIGURA 6

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

(n=60)

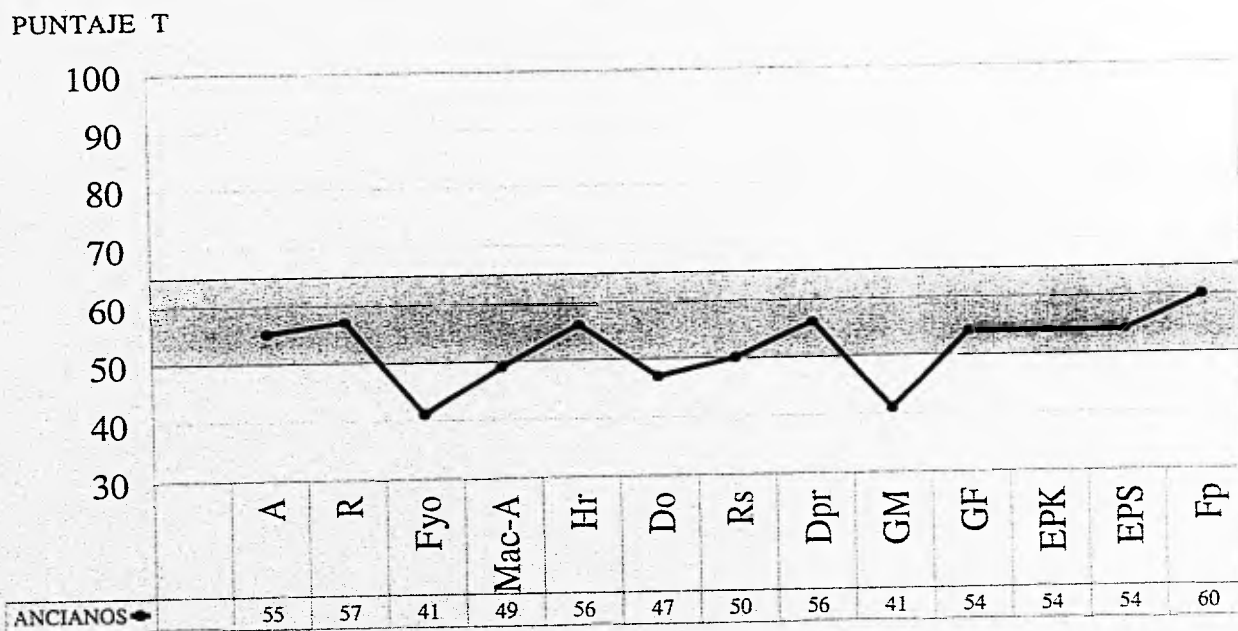


FIGURA 6

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS BASICAS

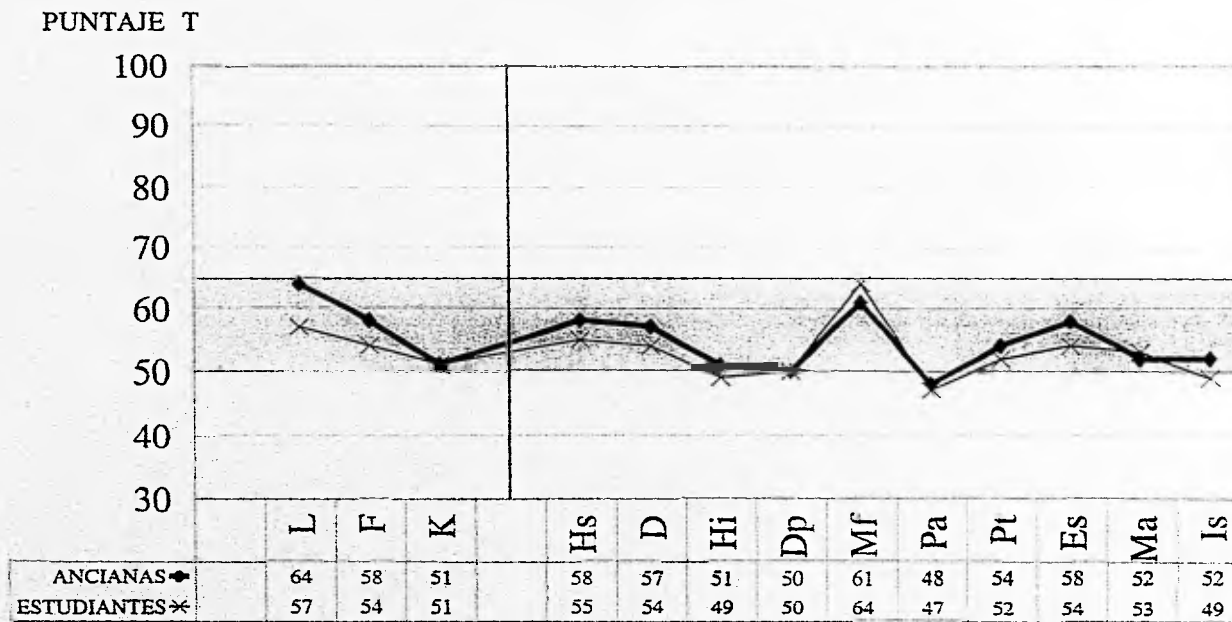


FIGURA 7

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS BASICAS

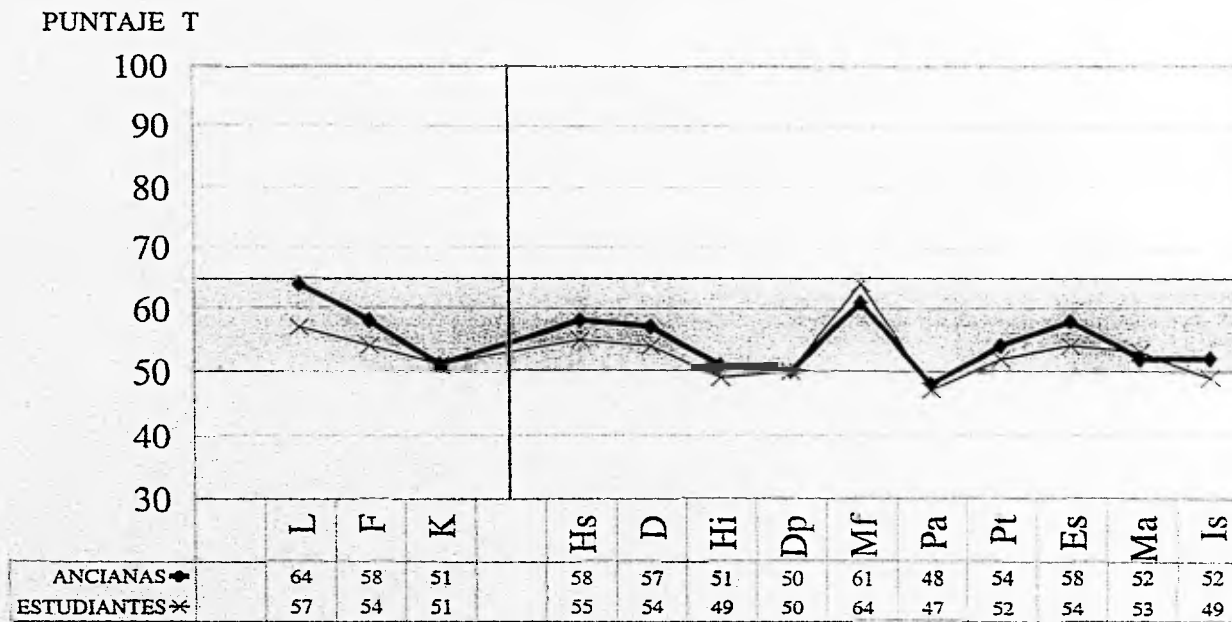


FIGURA 7

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS BASICAS

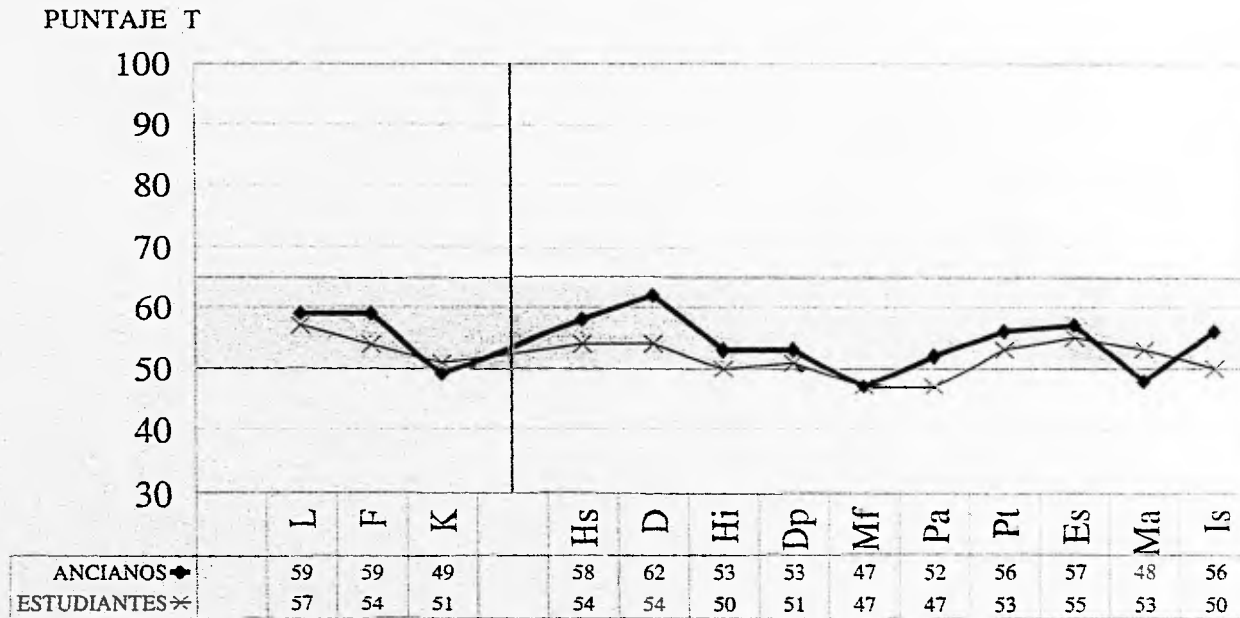


FIGURA 8

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS BASICAS

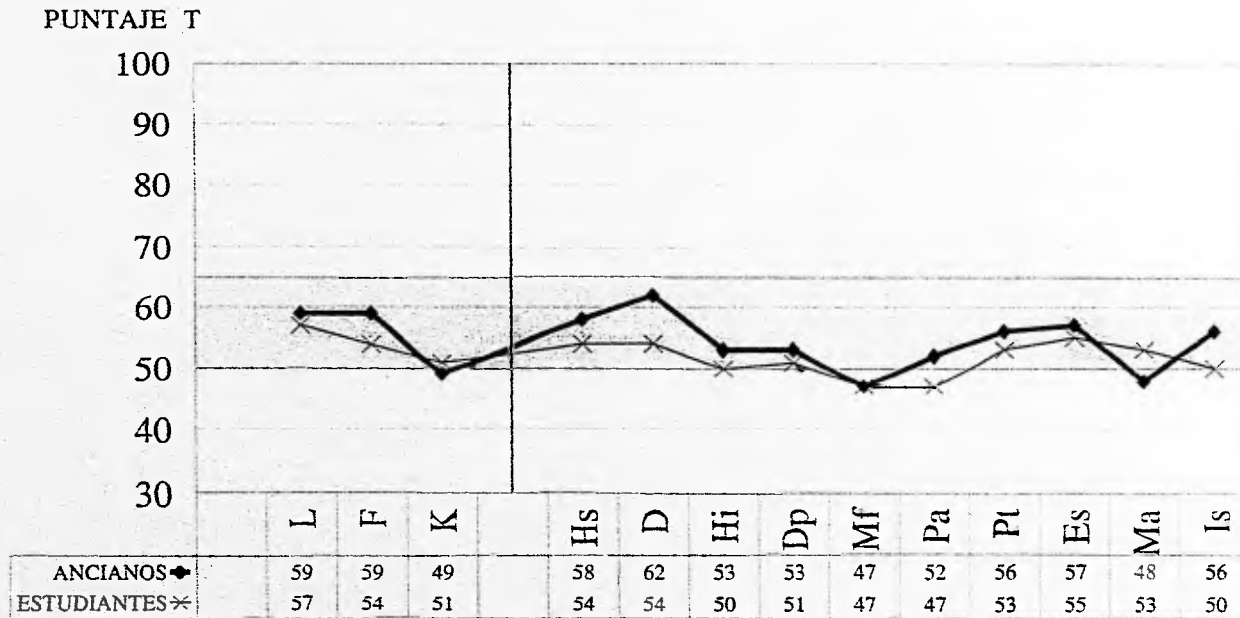


FIGURA 8

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2 ESCALAS CONTENIDO

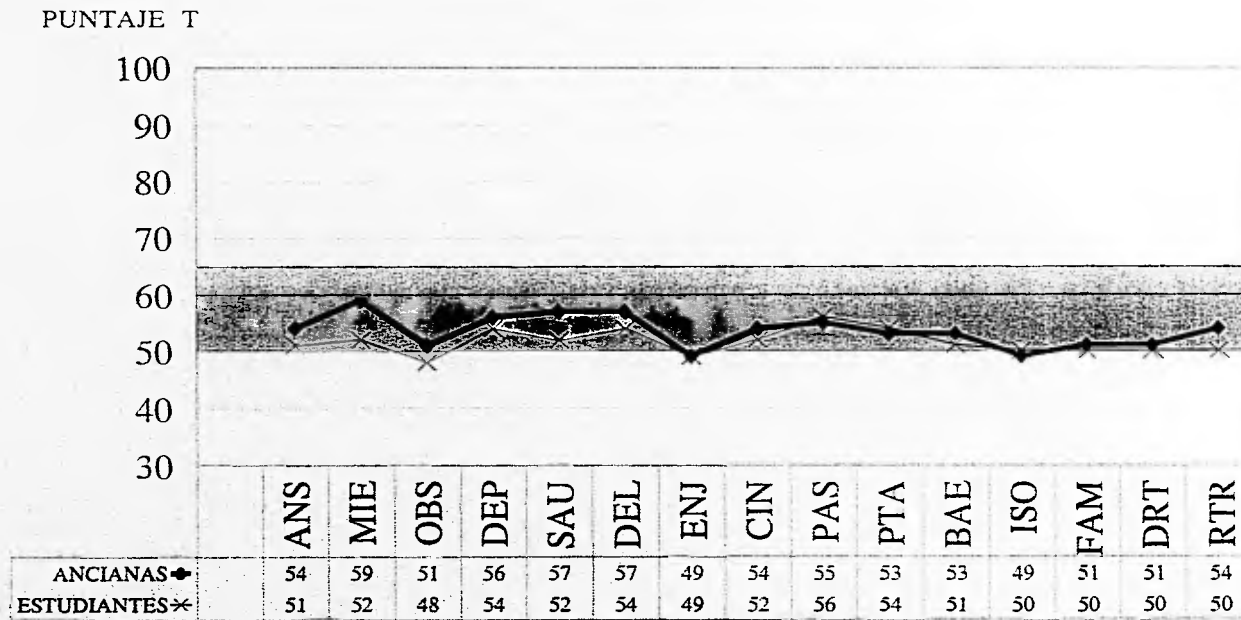


FIGURA 9

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2 ESCALAS CONTENIDO

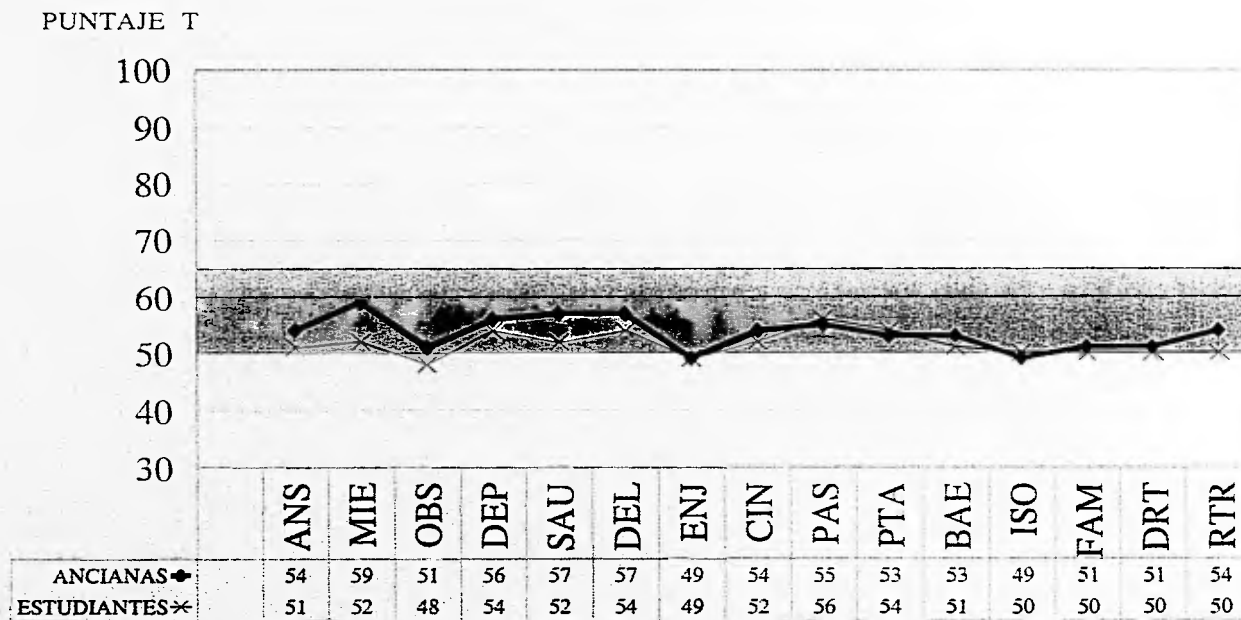


FIGURA 9

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2 ESCALAS CONTENIDO

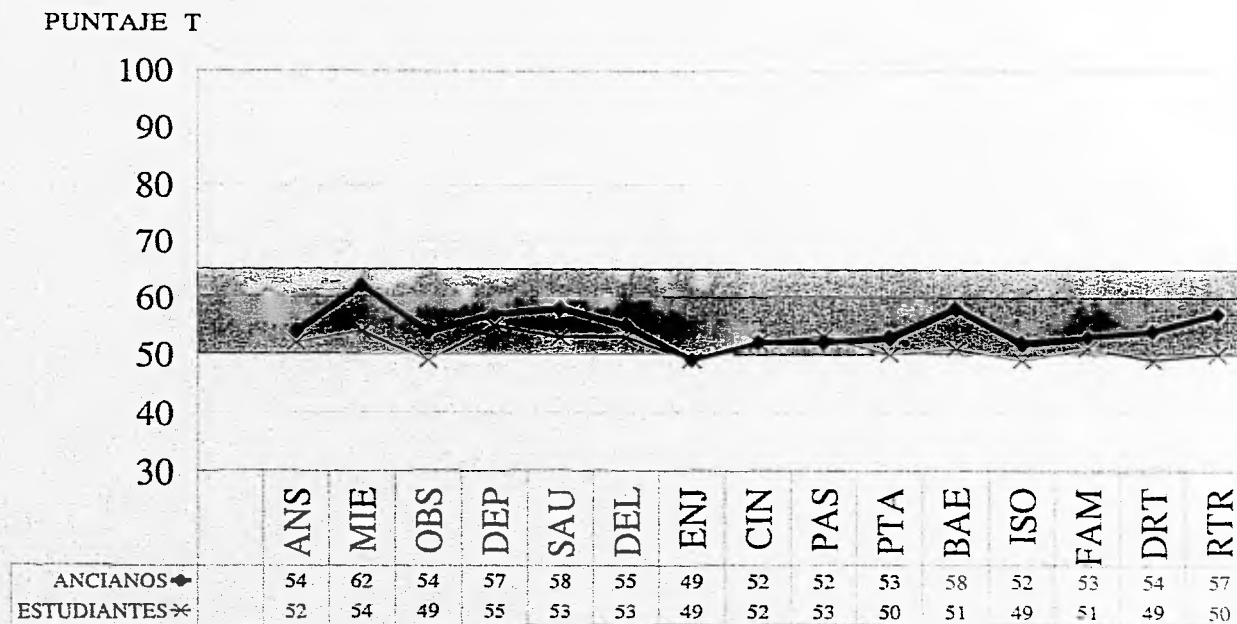


FIGURA 10

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2 ESCALAS CONTENIDO

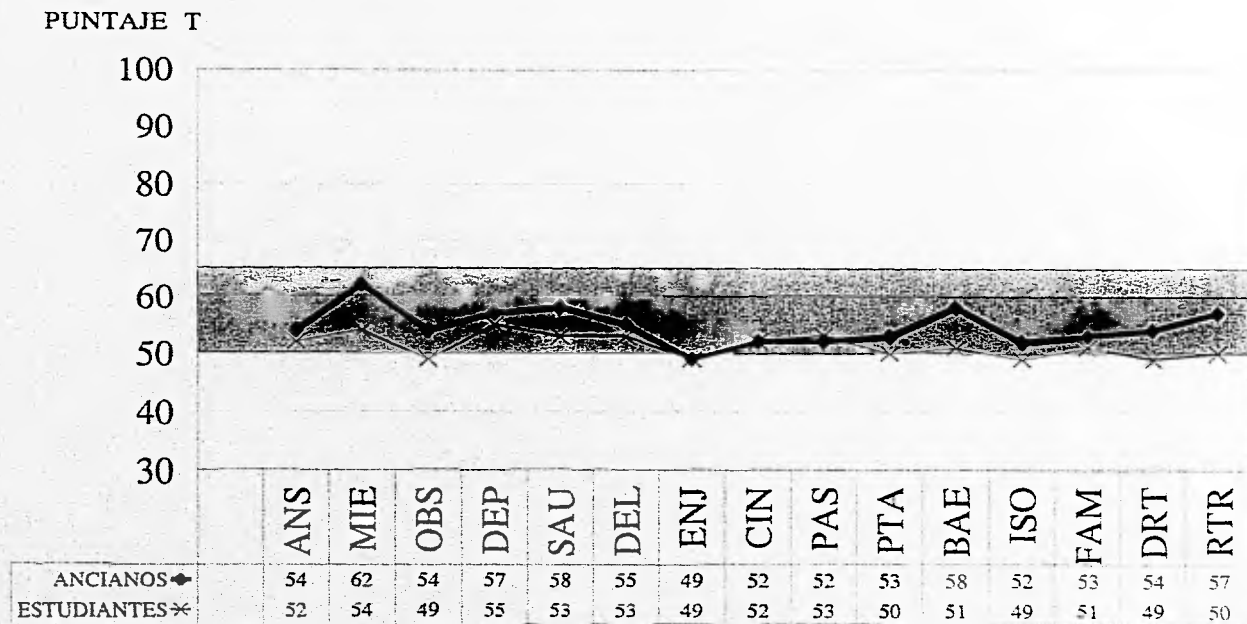


FIGURA 10

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

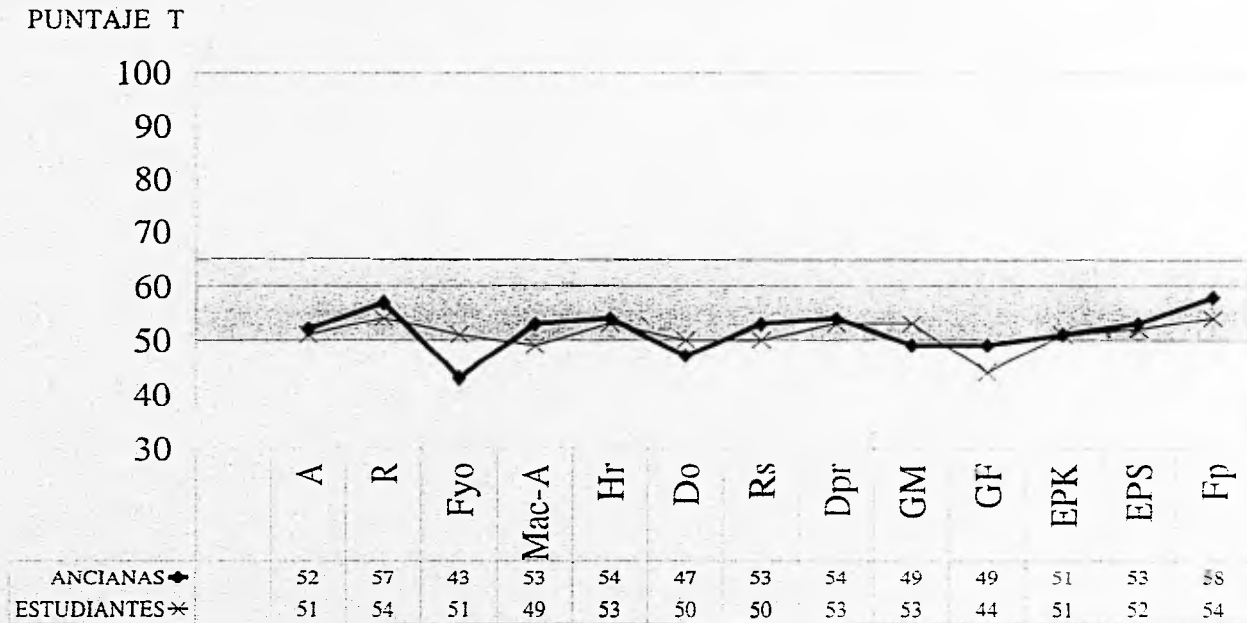


FIGURA 11

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

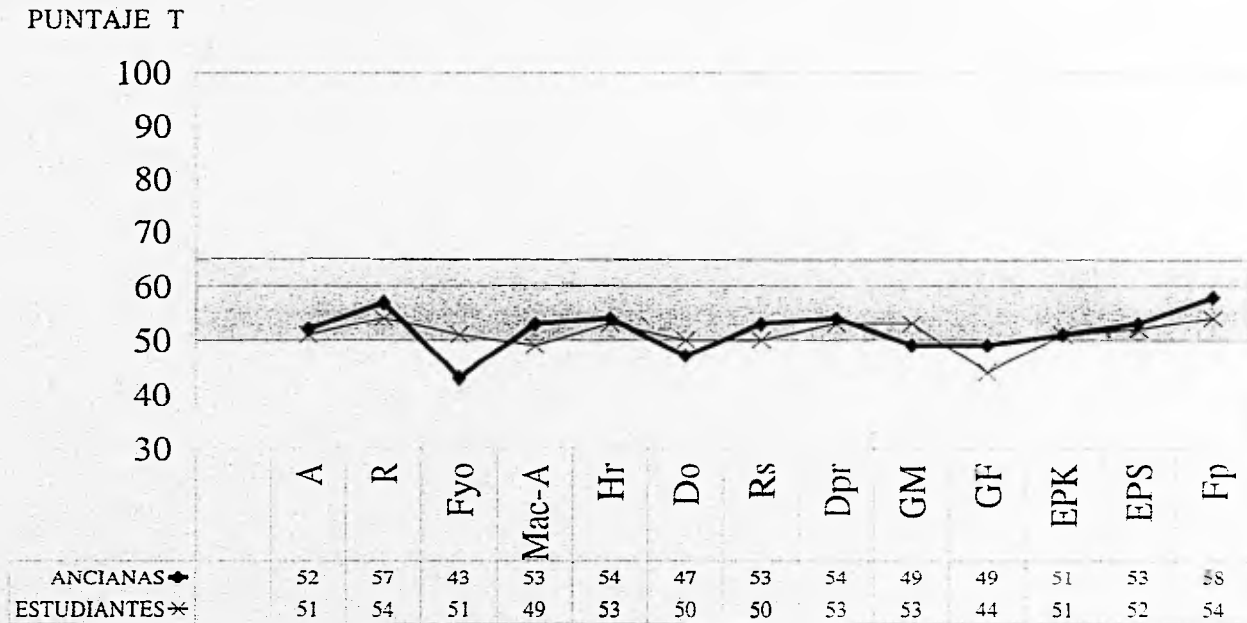


FIGURA 11

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2 ESCALAS SUPLEMENTARIAS

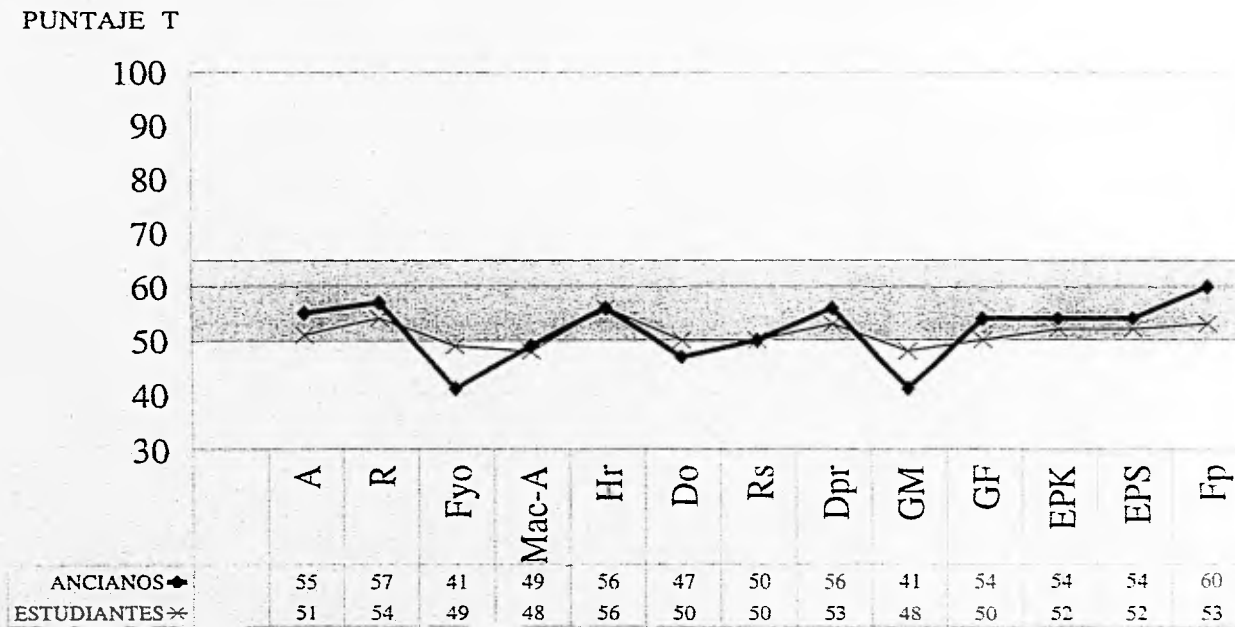


FIGURA 12

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2 ESCALAS SUPLEMENTARIAS

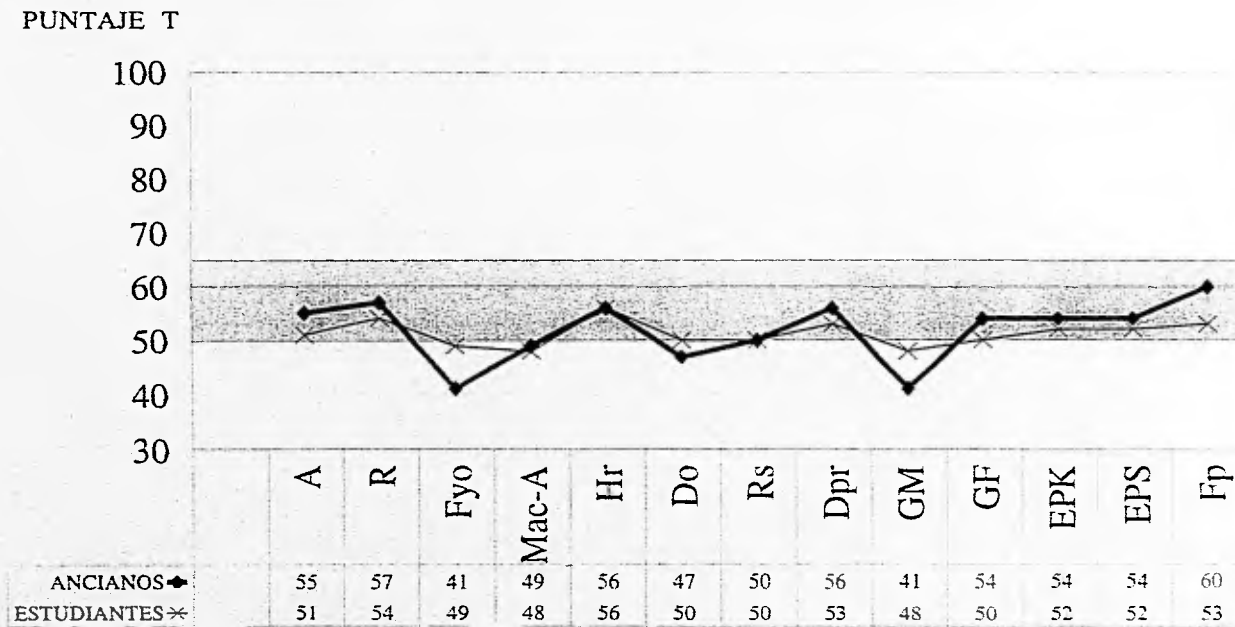


FIGURA 12

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS BASICAS

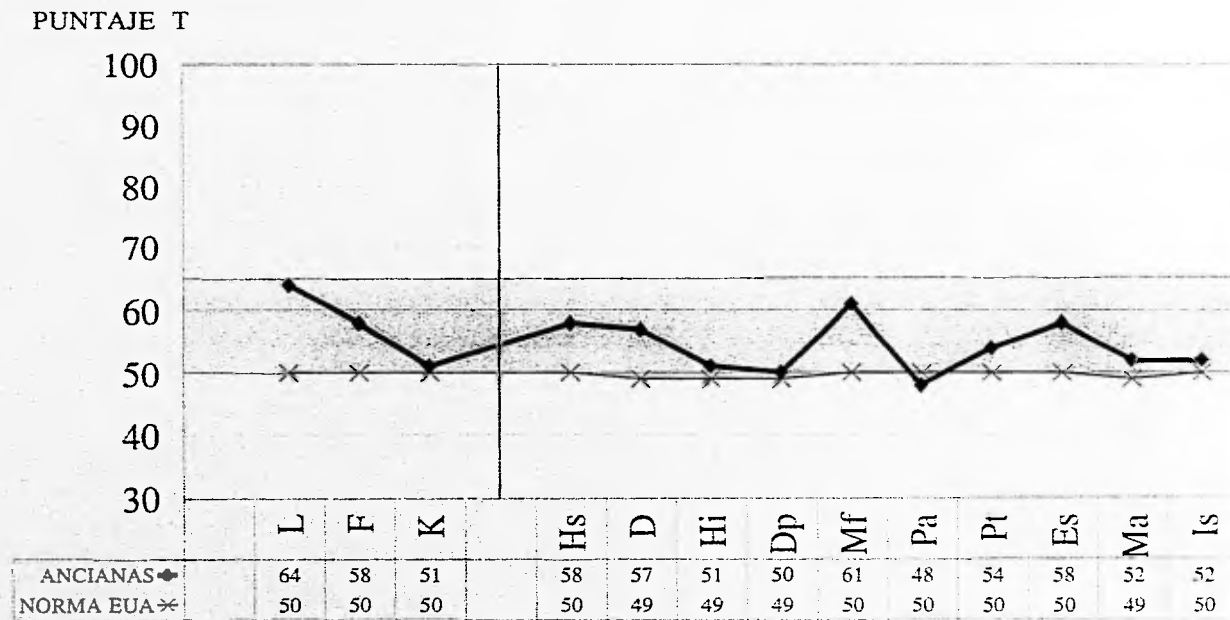


FIGURA 13

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS BASICAS

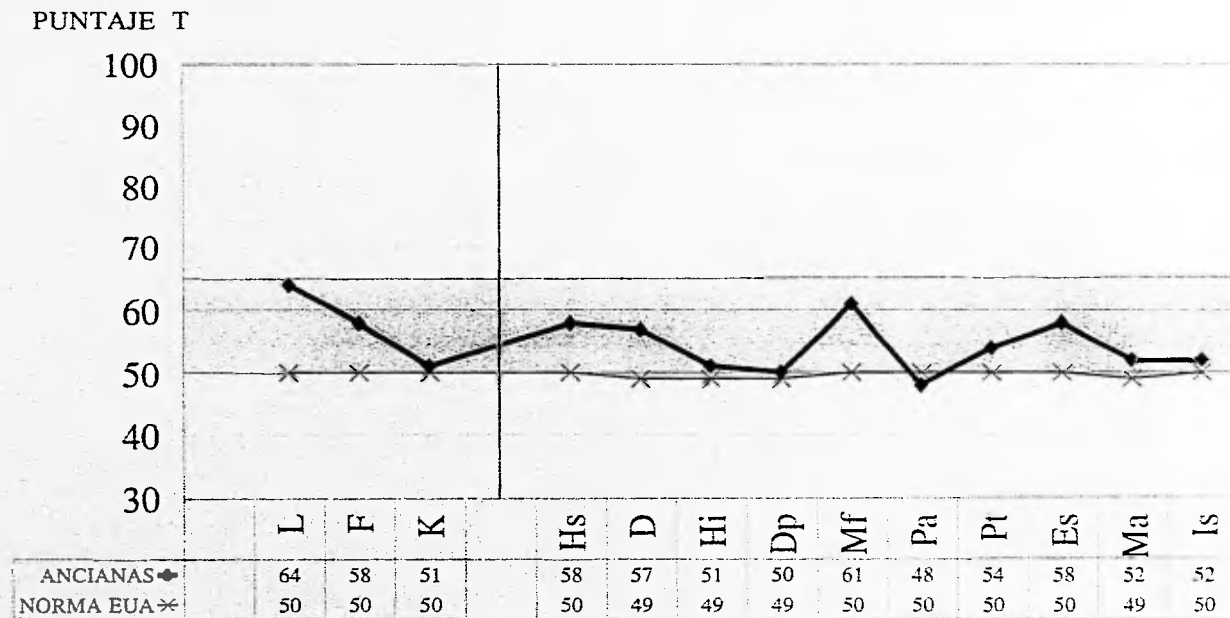


FIGURA 13

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS BASICAS

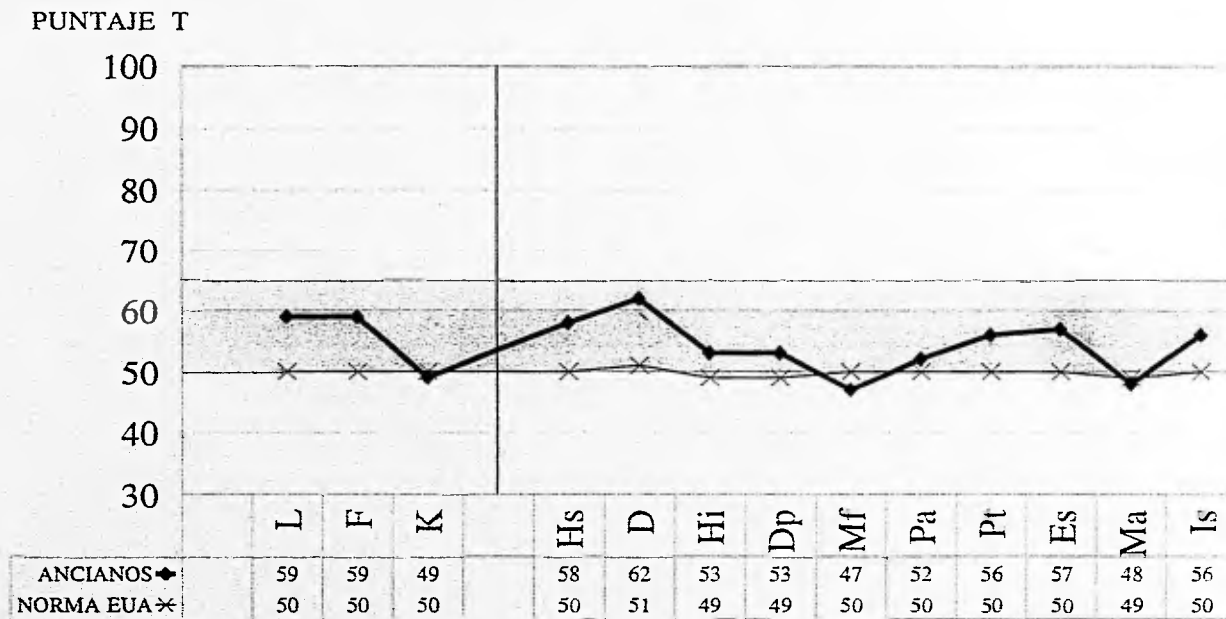


FIGURA 14

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS BASICAS

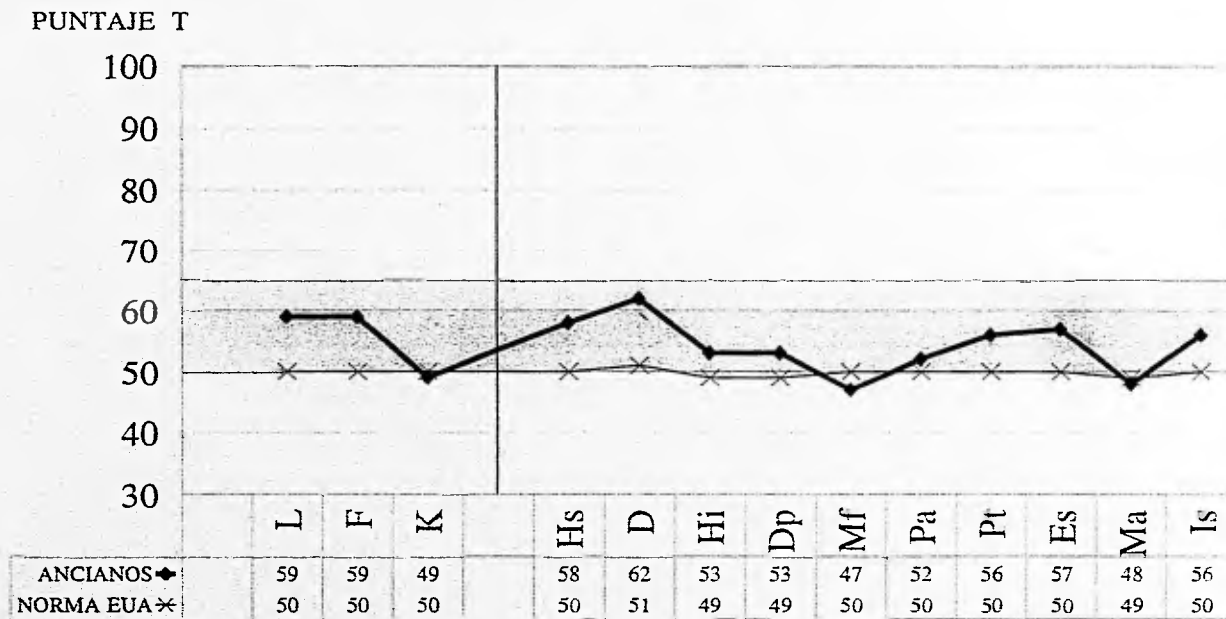


FIGURA 14

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS CONTENIDO

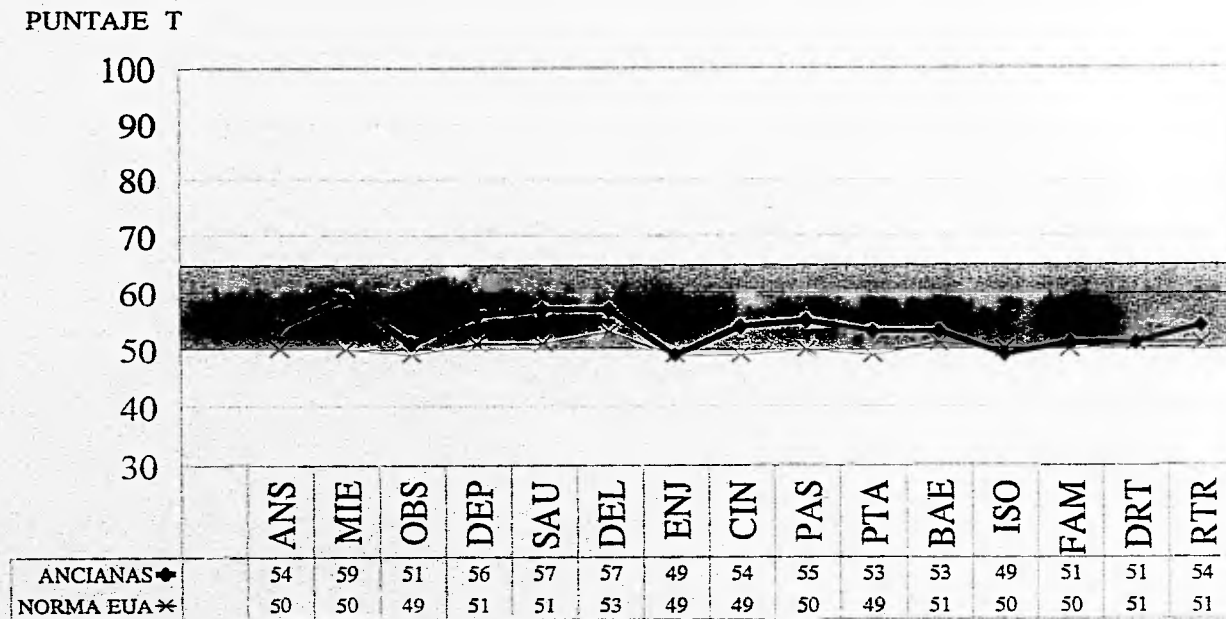


FIGURA 15

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS CONTENIDO

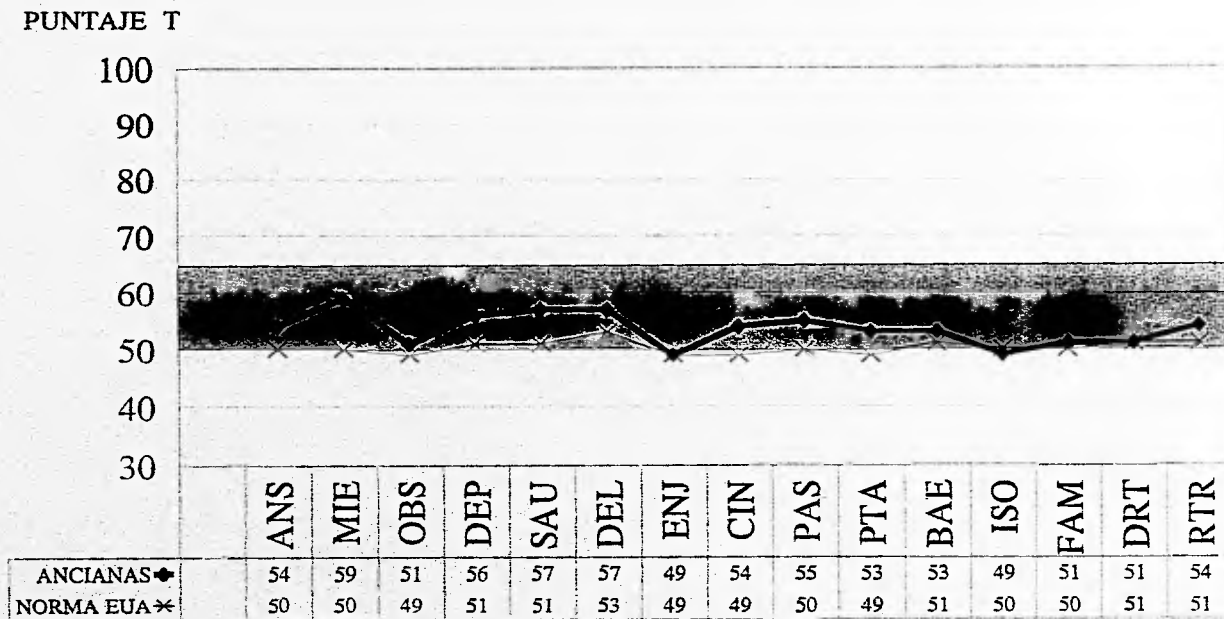


FIGURA 15

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS CONTENIDO

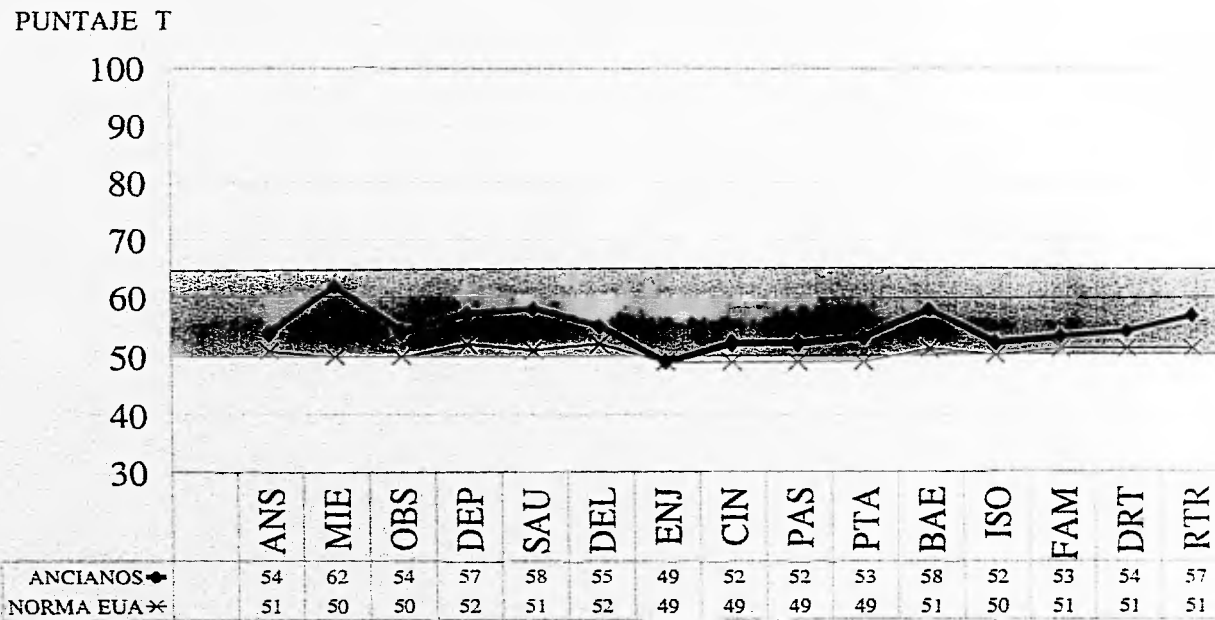


FIGURA 16

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS CONTENIDO

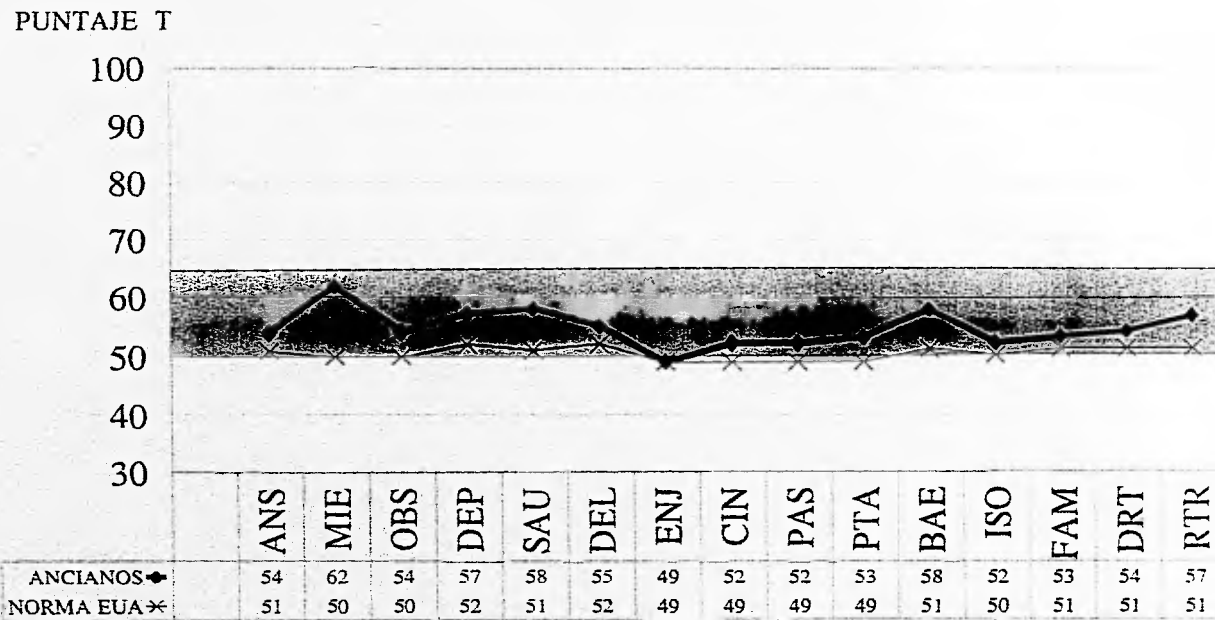


FIGURA 16

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

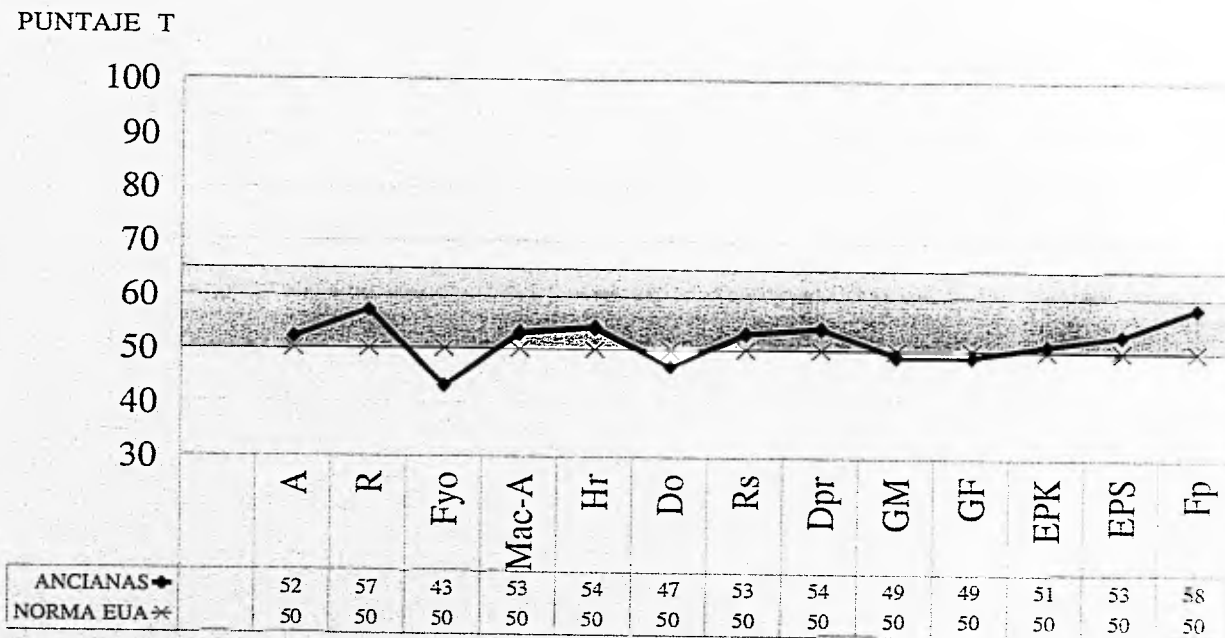


FIGURA 17

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

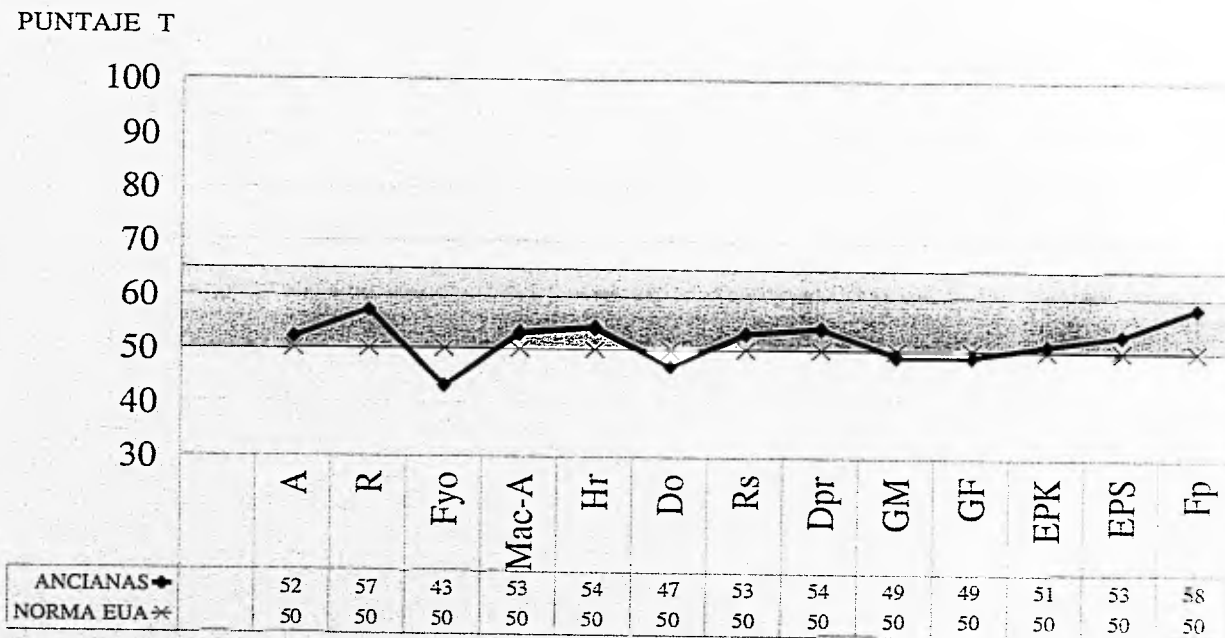


FIGURA 17

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

PUNTAJE T

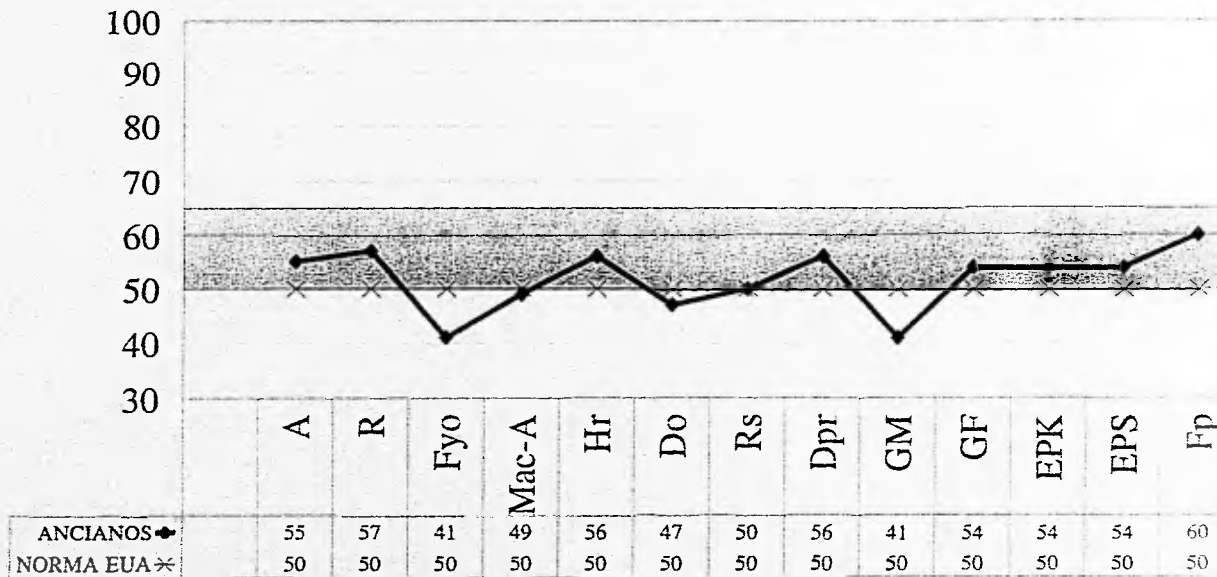


FIGURA 18