



---

---

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA DE PSICOLOGIA

ESTUDIO DEL PACIENTE CRONICO  
HOSPITALIZADO A TRAVES DEL  
CUESTIONARIO INVESTIGATIVO  
DE LA PERSONALIDAD DE ESCOTET

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A**

**SILVIA YEPEZ RODRIGUEZ**

DIRECTOR DE TESIS: DR. JESUS QUINTANAR MARQUEZ



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **DEDICATORIAS**

**Principalmente a:**

**Mi mamá, por su apoyo, amor y comprensión en todos los momentos de mi vida, por ser mi mejor amiga y el ser que tanto he querido.**

**A Pepe y Jorge, por ser tan buenos hermanos, por la ayuda y apoyo importante para poder realizar este trabajo.**

**A mi prima Dalia, quien también me ayudó con su estímulo y cariño.**

**A mi sobrinito César Alberto, por su alegría y cariño sincero.**

**A mi querida hijita Karen, por su sonrisa, que me ayudó a borrar momentos difíciles en este empeño y por ser la mejor razón para seguir.**

**Y especialmente a la memoria de:**

**Mi abuelita "Chaguís", a quien quise tanto y respeté por haber sido pilar de una familia.**

**· Mi tío Alvaro, por haberme dado el cariño y compañía de un padre.**

## AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, Dr. Jesús Quintanar Márquez, por sus valiosos consejos y por la invaluable guía proporcionada.

A la Lic. Norma Patricia Maipica Flores, por su disposición y orientación para que tomara el seminario de tesis.

A todos y cada uno de mis profesores de la Universidad Femenina de México, por su profesionalismo al impartir sus materias.

A mis compañeras de trabajo y a mi coordinadora del departamento de asistentes médicas del Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza, por el apoyo brindado.

A las amistades que me animaron para realizar el proyecto de tesis.

A todos los pacientes crónicos que desinteresadamente colaboraron en lo que se les requirió.

## INDICE

Página

### INTRODUCCION

### JUSTIFICACION

### CAPITULO I. PERSONALIDAD

1.1	Teorías	2
1.2	Personalidad y Conducta en el aspecto:	24
1.2.1	Personal	24
1.2.2	Familiar	28
1.2.3	Social	31
1.2.4	Sexual	35
1.2.5	Comportamiento Patológico	38

### CAPITULO II. ENFERMEDAD

2.1	Concepto de salud y enfermedad	47
2.2	Definición de paciente crónico	52
2.3	La personalidad del paciente crónico	56

### CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1	Problema	62
3.2	Objetivo General	62
3.3	Objetivos Específicos	62
3.4	Población y Muestra	62
3.5	Obtención de datos	67

<b>3.6</b>	<b>Tipo de Investigación</b>	<b>67</b>
<b>3.7</b>	<b>Nivel de Investigación</b>	<b>68</b>
<b>3.8</b>	<b>Diseño</b>	<b>68</b>
<b>3.9</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>68</b>
<b>3.10</b>	<b>Análisis estadístico</b>	<b>69</b>

**CAPITULO IV. RESULTADOS**

<b>4.1</b>	<b>Presentación de Resultados</b>	<b>71</b>
<b>4.2</b>	<b>Interpretación de los Resultados</b>	<b>77</b>

**CONCLUSIONES**

**LIMITACIONES**

**SUGERENCIAS**

**BIBLIOGRAFIA**

**ANEXOS**

## INTRODUCCION

Esta investigación surge ante la inquietud de conocer cuál es el grado de ajuste de la personalidad del paciente crónico hospitalizado que por esta circunstancia presenta cambios, valorando sus diferentes formas de actuar y comportarse en las principales áreas de su vida, ya sea a nivel personal, familiar, en su contexto social y sexual; además de observar si acaso presenta comportamiento patológico.

Generalmente lo escrito e investigado hasta ahora sobre pacientes hospitalizados se basa en estudios con pacientes psiquiátricos o con aquellos que presentan serios trastornos de la personalidad, sin embargo la propuesta e interés en esta investigación es estudiar a un sector de enfermos crónicos orgánicamente, permitiendo con base en los resultados, tener una visión completa de la personalidad que puede presentar desajuste o no en alguna de las áreas ya mencionadas.

Para llevar a cabo esta investigación, se trabaja con una población de 30 pacientes adultos jóvenes, de 20 a 30 años de edad, del sexo masculino y femenino, internados en el Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza, siendo seleccionados de acuerdo al diagnóstico clínico de padecer una enfermedad crónica con una evolución de la misma de tres años en adelante. Se aplicó el "Cuestionario Investigativo de la Personalidad", de Miguel Angel Escotet. (1980), por la ventaja del instrumento de valorar las áreas de interés para el estudio.

Para poder entrar en materia a este procedimiento, es necesario conocer los postulados y conceptos de algunos de los principales teóricos de la personalidad, para comprender mejor las características de la naturaleza humana. También se exploran las áreas de la personalidad en los aspectos tratados para la finalidad del estudio como son: a nivel de comportamiento personal, familiar, social, sexual y conducta patológica. (Capítulo I)

Se evalúan además los conceptos de la salud y enfermedad así como la personalidad del paciente crónico. (Capítulo II)

Los resultados que arroja esta investigación, revelan que en efecto, el paciente crónico hospitalizado presenta en alguna medida desajuste en las áreas exploradas, contra otro tanto de pacientes crónicos estudiados que no lo manifiesta.



## JUSTIFICACION.

"Cuánto más lejos llega el sufrimiento  
psicológico que la psicología"

Marcel Proust.

"No hay enfermedades sino enfermos"

Claude Bernad.

El estudio de aspectos psicológicos aplicados a diversas poblaciones, promueve la importancia que tiene la investigación psicológica en cualquier campo. Esta tesis describe el grado de ajuste de personalidad del paciente crónico hospitalizado; las razones para desarrollar esta investigación nacen y se fundamentan por considerar que la salud del individuo en general es un estado indispensable para su desarrollo, desempeño y ajuste psicosocial.

Siendo la población estudiada pacientes adultos jóvenes, el interés por conocer el ajuste de su personalidad, es parte medular y complementaria en el tratamiento que se les da, ya que por su edad (20 a 30 años), el impacto psicológico de padecer una enfermedad crónica y la pérdida significativa y paulatina de su salud, cambia las expectativas de desarrollarse normalmente, alterando de esta manera la estabilidad y ajuste en la vida del individuo: manifestando cambios en su comportamiento a nivel personal, familiar, social y conducta sexual.

En esta investigación se hace énfasis en lo importante que es ver al individuo como un ser bio-psico-social, por ello, tiene como objetivo además, evidenciar la

necesidad de darle al paciente no sólo un tratamiento al padecimiento somático, sino atender también los aspectos psicológicos que se dan en una población frecuentemente descuidada psicológicamente.

Por lo tanto la motivación para estudiar a esta población de pacientes crónicos, sujetos a continuos procedimientos médicos y hospitalizaciones, es para poder ofrecer a la persona interesada, lectora de esta investigación, los resultados que le permitan saber que es importante dar un programa de apoyo al paciente en las áreas de la personalidad tratadas por el instrumento empleado. Así, al obtener el conocimiento del grado de ajuste que manifiesta el paciente crónico hospitalizado en su comportamiento, es posible reconocer la necesidad de conjuntamente con un tratamiento médico, dar una terapia de apoyo psicológico que le permita adaptarse a la situación que le ha tocado vivir.

# CAPITULO I

## 1.1 Teorías :

Existen diferentes teorías que desde un punto específico al establecer sus constructos y postulados tienen como finalidad describir, predecir y procurar un cambio en la conducta humana. Los teóricos de la personalidad cuya función es integradora, se han interesado en el estudio de la persona en su totalidad para comprender mejor las características de la naturaleza humana.

Es importante evaluar las causas determinantes de la conducta en los aspectos: genético, orgánico, ambiental-situacional y variables de la personalidad. (Dicaprio, 1993)

En lo genético: la conducta está influida ciertamente por la herencia, ya que se hereda una estructura constitucional específica que influye en gran medida sobre los estilos de vida que se desarrollan. Aunque es difícil de evaluar, los factores hereditarios juegan un papel importante que contribuye a la conducta, tenemos potencialidades y predisposiciones para desarrollarnos en determinados sentidos. La estructura corporal, por ejemplo, es un talento innato que conduce en cierta forma a una persona.

En lo orgánico: los factores fisiológicos y bioquímicos también influyen en la conducta. La fatiga puede provocar quizás depresión o irritabilidad en una persona. Algunos factores orgánicos como las condiciones físicas inadecuadas o las enfermedades crónicas pueden ser un componente causal de un cambio en la personalidad y en la conducta de la persona.

En lo ambiental: es incuestionable ver que el medio ambiente físico y cultural participa con su influencia en la determinación de nuestro comportamiento en general.

Una forma de estudiar la personalidad es identificar las situaciones que producen respuestas y de que manera.

En las variables de la personalidad: nuestra personalidad en sí misma es una fuerte principal de conducta. Qué sentimientos o impulsos nos conducen de cierta manera.

Al conocer todo esto como generador y participante en la influencia de la personalidad, queda obvio lo complejo de llegar a una definición de la personalidad que nos sirva de guía para su estudio. Los teóricos de la personalidad la explican en su particular punto de estudio, por lo que dependiendo de la teoría que se adopte será la línea que se tome para conocer la personalidad en su dinámica y estructura.

La personalidad consiste concretamente en un conjunto de valores o términos descriptivos que, de acuerdo con las variables o las dimensiones fundamentales de una teoría particular, se utilizan para definir a un individuo determinado. (Calvin, 1991).

El término personalidad se refiere a todo lo que se sabe acerca de una persona o a lo que es único en alguien o lo típico de una persona. Nos formamos imágenes o concepciones de la gente, incluyéndonos a nosotros mismos. (Dicaprio, 1993).

Allport (1937, en Calvin 1991) comenta que la personalidad consiste en aquello que un hombre "realmente es".

El significado popular incluye rasgos como el atractivo social y la atracción de los demás. Generalmente el concepto de la personalidad responde a dos acepciones:

- 1.- Dependiendo de la habilidad o destreza social del individuo; es decir su eficacia para suscitar respuestas positivas en las personas en diferentes circunstancias.
- 2.- Dependiendo de la impresión más intensa y profunda que produce en los demás, calificándola de "personalidad agresiva o sumisa" por ejemplo, atribuyéndole al sujeto una cualidad. (Calvin,1991).

En ambas definiciones se le otorga al concepto un juicio de valor, tomando en cuenta la propia observación y personalidad de quién lo da. Lo que denominamos personalidad no siempre es fácil de observarse directamente, sin duda podemos conocerla a través de sus efectos, la conducta observable. También se puede estudiar conociendo la naturaleza de su desarrollo y su forma en que éste provoca un cambio conociendo lo normal y lo anormal de la personalidad para ciertos fines.

Las teorías, a pesar de sus diferencias, tiene algunas semejanzas entre sí por lo cual se les puede agrupar en categorías o modelos que son punto de partida para poderlas estudiar. Las teorías que tienen aspectos en común pueden formar parte así de un determinado modelo. (Dicaprio,1993). Los modelos son los siguientes:

Modelo Psicodinámico.- Teorías de Freud, Jung y Murray.

Modelo del Ego Social.- Erikson, Adler y Horney.

Modelo Humanístico- Existencial.- se presentan: Allport, Rogers, Maslow y Fromm.

Modelo Conductual.- con Watson y Skinner (radicales) Bandura, Rotter, Ellis y Mischel (cognoscitivos).

Todas las teorías tienen su importancia y aportación a la Psicología, específicamente en este caso al conocimiento de la personalidad, por lo que conocer la teoría de un representante al menos de cada modelo teórico nos da un panorama vasto de los alcances y puntos de referencia. Como se mencionó antes, dependiendo del marco teórico que se adopte será la concepción de la naturaleza humana y la definición de la personalidad que se tenga.

El modelo psicodinámico postula a la motivación inconsciente como el principal factor determinante en la vida humana.

Sigmund Freud hizo contribuciones importantes, de hecho es considerado el padre del Psicoanálisis, sus aportaciones siguen teniendo vigencia para muchos, tomando sus conceptos para la explicación de la personalidad y conducta del individuo; por lo que considero que es el principal exponente del modelo psicodinámico.

Freud (1917, en Dicaprio, 1993) sostenía que cualquier acontecimiento psicológico tiene una explicación o causa a lo cual denominó como - determinismo psíquico -.

Maneja conceptos como la división de la psique en tres niveles o estratos, opuestos entre sí, llamados, consciente, preconscious e inconsciente.

La conciencia consiste en darse cuenta de lo que ocurre como resultado de la estimulación externa, del restablecimiento de las experiencias internas o de ambas en alguna combinación. El preconscious se forma de recuerdos latentes, los cuales pueden pasar deliberadamente al consciente. El inconsciente es el depósito mental del pasado, comúnmente inaccesible, el cual no se experimenta

directamente, más tiene efectos en la personalidad y funcionamiento de la actividad consciente y preconscious. Para Freud (1917, en Dicaprio 1993) el inconsciente tiene vida propia.

Estos niveles son como sistema, paralelos a lo que Freud (1923, en Dicaprio, 1993) concibió de la estructura de la personalidad con tres componentes opuestos y continuamente en conflicto:

id o ello  
ego o yo  
superego o superyó.

Las características que los describen son:

- El id, representa la parte más primitiva de la psique, ahí se encuentran los instintos psicobiológicos heredados, en donde para cada necesidad biológica existe un impulso correspondiente; controla además la acción refleja.

En el id hay ideas, deseos, impresiones también reprimidos, sin embargo permanecen así hasta que encuentran salida independientemente de la forma, ya que según Freud, el id es la principal fuerza impulsora de la personalidad.

El id está gobernado por: a) el principio del placer

y

b) los procesos primarios del pensamiento.

a) por principio de placer Freud (1917, en Dicaprio 1993) expresó la idea de que la motivación más fundamental de los seres humanos es la búsqueda del placer, a



través de la reducción de los impulsos básicos ubicados en el id, disminuyendo la tensión cuando se presenta.

b) por procesos primarios del pensamiento Freud (1900, en Dicaprio 1993) se refería a los pensamientos fantásticos, ilógicos y satisfactores de deseos a través de símbolos, como en la ensueñación, en donde los objetos pueden sustituirse y representarse de esta forma los pensamientos reprimidos.

- El ego, representa la parte controladora de la personalidad, es el sujeto y el objeto de la acción, es en otras palabras el "yo" o el sí mismo, se encarga de mediar entre el id y el super ego. Además utiliza todas las facultades psicológicas como la percepción, memoria, razonamiento, solución de problemas entre otras, para llegar a conocer el mundo extremo.

El ego está gobernado por: a) el principio de realidad

y

b) los procesos secundarios del pensamiento.

a) por principio de realidad Freud (1923, en Dicaprio, 1993) considera que el ego tiene la capacidad necesaria para regular o atenuar ante el id la necesidad básica mientras se adopta un curso de acción apropiado, ya que la búsqueda directa del placer no siempre es posible.

b) por procesos secundarios del pensamiento Freud (1920, en Dicaprio, 1993) se refiere a la lógica, seguir las reglas estando en contacto con el mundo real.

- El super ego, es una parte inconsciente de la mente que contiene los preceptos aprendidos durante las primeras etapas de la vida, se forma en la infancia. Representa el aspecto ideal moral del yo, por tanto el super ego impone al ego

demandas morales e idealistas. Tiene dos funciones como: conciencia y como el ideal del ego. (Freud 1933, en Dicaprio, 1993).

La conciencia moral representa las prohibiciones culturales y el ideal del ego las normas positivas. Muchas de estas prohibiciones e indicaciones que guían la conducta se relacionan con los procesos secundarios del pensamiento y el principio de la realidad.

La formación del super ego se fomenta en gran medida por la identificación del niño con su padre del mismo sexo.

Hasta aquí quedan expuestos algunos puntos importantes de la teoría de Freud, en cuanto a la estructura de la personalidad en las tres instancias psíquicas presentadas y los niveles de conciencia también señalados en el principio.

En cuanto al desarrollo de la personalidad, Freud propone en su teoría que las tendencias infantiles se vuelven características permanentes de la personalidad del adulto y declara (1917, en Dicaprio, 1993) que hay dos causas fundamentales para que esto se provoque: la frustración excesiva y la tolerancia excesiva.

Sostiene que la personalidad queda determinada permanentemente por las experiencias infantiles, los rasgos que son formados durante este período son bastante resistentes al cambio. Las etapas de desarrollo son causadas o asociadas con específicas regiones del cuerpo y con sus respectivas épocas de ocurrencia dentro de éste desarrollo. A éste proceso de desarrollo con base en las zonas del cuerpo que se vuelven focos del placer sexual, Freud (1917, en Dicaprio, 1993) lo denominó: "Etapas de desarrollo psicosexual", en donde cada zona tiene su

singular significado psicológico y por ello viene a ser el origen de nuevos placeres y conflictos.

Las etapas son: oral, anal, fálica, latencia y genital.

**Oral.-** Durante el primer año de vida hasta los dieciocho meses, el origen principal de la búsqueda de placer y de conflicto o frustración es a través de la boca, mediante las acciones del chupeteo, morder objetos, vocalizar, comer. En la manera como se satisfacen o se frustran las necesidades determina la formación de rasgos específicos que moldean la personalidad en formas singulares. Los tipos de carácter oral experimentan trastornos en el recibir y el tomar.

**Anal.-** Se establece desde los dieciocho meses hasta los tres años y medio; el niño parece derivar verdadero placer en la actividad y aprendizaje del control de esfínteres, dependiendo de la manera como se le guía en este proceso al niño, la excesiva indulgencia o la excesiva frustración de las necesidades en el aprendizaje del control de esfínteres, determinará los rasgos principales formados en esta época, manifestados en tendencias de dar y retener.

**Fálica.-** Corresponde entre los tres y los cinco años de edad, aquí los órganos genitales se vuelven una fuente de placer, la estimulación del niño es autoerótica. El niño comienza a darse cuenta de las diferencias sexuales.

En esta etapa surge el tan controvertido complejo de Edipo en los niños y el complejo de Electra, en las niñas. Este nos habla de que el niño o la niña refiere una atracción sexual a su progenitor del sexo opuesto, entrando en competencia con actitudes ambivalentes con el progenitor de su mismo sexo, resolviéndose el

conflicto más en el niño que en la niña; cuando termina identificándose el niño con su padre y la niña volviendo a su objeto amoroso, materno. Freud, (1905, en Dicaprio, 1993), menciona que el rasgo patológico que surge en esta etapa en el niño, es el temor a la castración y en la niña, la envidia del pene.

**Latencia.-** Surge entre los seis y los doce años, no representa una etapa psicosexual auténtica, surge la consolidación y la elaboración de los rasgos y habilidades previamente adquiridos sin que aparezca nada dinámicamente nuevo. Representa una etapa preparativa hacia la genitalidad.

**Genital.-** Comienza con la pubertad, se da el surgimiento, unificación completa y el desarrollo de los instintos sexuales. Los órganos sexuales se vuelven verdaderamente el origen principal de las tensiones y los placeres sexuales.

Cualquier fijación en el desarrollo de alguna etapa psicosexual dificultará el desarrollo en la siguiente, quedando predispuesto el individuo a tener problemas en su personalidad, adquiriendo los rasgos y características de la etapa o etapas en que se afectó el desarrollo.

Para este autor, el buen funcionamiento de la personalidad se basa en la adecuada combinación de todos los rasgos pregenitales, en el correcto paso de una etapa a otra, dejando superadas las frustraciones que ocurran en el camino.

Además dejando claro que en la medida que había un equilibrio con los tres componentes de los niveles psíquicos habrá más salud, para que ni la fuerza dominante del id crezca y acapare la personalidad del individuo, haciéndolo puro instinto; ni las prohibiciones moralistas o un ideal del super ego imposible de

alcanzar invade la personalidad al grado de volver al individuo una persona demasiado estricta y autoritaria.

Por lo cual el balance fomentado en gran medida por el ego como parte controladora y mediadora entre ambas partes, logra un mejor equilibrio. La forma de lograrlo es mediante ciertas defensas ante la ansiedad provocada por el conflicto en situaciones difíciles para el individuo a lo largo de su vida.

Estos mecanismos de defensa (así denominados por Freud, 1920), no fueron mencionados en este apartado dedicado a señalar la teoría Freudiana, por lo extenso del tema, y sobre todo para centrar la atención a lo referente a la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad que este teórico propone, con sus valiosas aportaciones.

En el modelo del ego social, se puntualiza la importancia que ejerce el medio ambiente social y cultural en el desarrollo de la personalidad, resaltando el ego o el yo como fuerza importante en la personalidad.

Karen Homey, es una de las representantes de este modelo, la importancia de su teoría radica en otorgar mayor énfasis a las fuerzas sociales, convencida de que el psicoanálisis de Freud era unilateral en cuanto a los determinantes instintivos del comportamiento. El hecho de ofrecer otra orientación al conocimiento de la personalidad, no aceptando la idea de Freud de que el conflicto es inevitable, y por el hecho de ser una teórica destacada, nos da una pauta para describir su teoría dentro de este siguiente modelo.

A Horney le impresionaban más las presiones sociales como fuente de problemas neuróticos, que las dificultades con los instintos y los impulsos de gratificación.

Horney (1937, en Dicaprio,1993) señala que la relación entre la cultura y el crecimiento de la personalidad, es que la cultura impone las situaciones de estrés que entorpecen al crecimiento y, a la vez, proporciona soluciones falsas que son fáciles de seguir y que pueden conducir a una personalidad crónicamente desordenada.

A través de una educación defectuosa, un niño descubre que puede reducir su inseguridad si hace lo que sus padres le solicitan, aún cuando deba sacrificar sus propios deseos. Otro niño en cambio encuentra que puede obtener lo que desea mostrándose hostil y agresivo, y otro descubre que al no mostrar interés por lo que se le indica, le funciona en su medio familiar.

Horney (1945, en Dicaprio, 1993) señala que con cada estrategia aprendida por el niño, se generaliza su proceder y habitúa como un enfoque total hacia la vida. Es decir que el niño al estar sometido a un ambiente de estrés presenta:

- 1) una ansiedad básica, sentimiento de aislamiento, y la sensación de desamparo en un mundo hostil.
- 2) por lo que desarrolla una estrategia para hacer frente al estrés.
- 3) debido a que la estrategia reduce la ansiedad, resulta sumamente importante para el individuo. En realidad se convierte en una necesidad.

- 4) la estrategia (o necesidad) puede ser elevada a un nivel de orientación general hacia la vida, convirtiéndose en compulsiva y usándose indiscriminadamente.

Horney (1945, en Dicaprio, 1993) explica, que en base a esto se derivan tres orientaciones hacia las relaciones sociales:

- a) Ir hacia las personas.- Mediante la obediencia y la lucha por obtener amor, el moverse hacia las personas (hacer lo que piden y demandan) es la única forma de alejarse de la ansiedad.
- b) Ir contra las personas.- Con base en la lucha por lograr superioridad, el estar contra las personas viendo que con la agresividad y la resistencia logra obtener los resultados deseados.
- c) Apartarse de las personas.- Resulta de escaparse, alejarse físicamente como estrategia.

En el caso de que predomine alguna de estas orientaciones, hará un estilo de vida bien establecido. Cualquiera de estas tres circunstancias pueden convertirse en el principio organizador central que penetra en la personalidad total del neurótico (Horney, 1945, en Dicaprio, 1993). Cualquiera de estas circunstancias en su extremo es una limitación importante para el crecimiento, que obstruye la satisfacción de las necesidades vitales.

Otro de los aspectos específicos de la teoría de Horney, (1950, en Dicaprio, 1993) es que identifica un yo real y un yo ideal, con esto quiere decir que al formarnos una percepción de nosotros mismos, sabemos que estamos ante la percepción del yo. El yo, es la imagen propia. Se refiere al yo ideal, como la representación del yo perfeccionado, de lo que cree ser.

Al proceso de enajenación del yo que Horney (1953, en Dicaprio, 1993) describió como el conflicto central interno, es el abandono total del yo real en favor del yo ideal. Las personas que rechazan su yo real han perdido contacto con su mayor origen de fuerza.

Todos estamos propensos a enfrentarnos a este conflicto, ya que al luchar por mejorar el yo real, nos formamos la imagen del yo perfeccionado usándolo como guía. (Horney 1950, en Dicaprio, 1993).

Al identificarse con el yo ideal, el precio que paga el individuo es el descuido de sus reales potencialidades, tratando de buscarse habilidades e imágenes que no tiene. Por consiguiente, el yo ideal se hace más auténtico para la persona que el yo real, la vida de la persona cambia totalmente por consecuencia de un yo fascinante; dejando atrás los verdaderos valores del individuo en favor de las cualidades "ideales".

Horney (1950, en Dicaprio, 1993) menciona que como consecuencia de la identificación con el yo idealizado surgen tres necesidades dañinas, ya que con ellas se mantiene y prosigue la realización del yo ideal, buscado por el individuo, es decir "la búsqueda de gloria", como lo define la autora.

Estas necesidades son las siguientes:

- Necesidad de perfección.
- Ambición neurótica.
- Necesidad de un triunfo vengativo.



La necesidad de perfección, se da cuando una persona se cree la versión idealizada del yo, por lo que la imperfección es intolerable, la persona debe ser perfecta.

En la ambición neurótica, también el componente principal es destacar, tomando supremacía sobre los demás. Las metas que se buscan son grandiosas y fantásticas, resultando irreales y fuera de las reales potencialidades de la persona.

La necesidad de un triunfo vengativo, se manifiesta conscientemente como un deseo de superar y humillar a otros, culpando a las personas de sus problemas y frustraciones; por lo que condenan a otros de sus continuos fracasos.

Los individuos que están obligados a estas necesidades neuróticas solo pueden salirse de su curso, y de sus tendencia compulsiva al aferrarse a ellas, recuperando, regresando a su yo real con sus potencialidades propias.

Resumiendo, queda comentar que esta autora expone en su teoría los puntos que destacan la importancia del ambiente externo y cultural para la determinación de la personalidad, partiendo desde las enseñanzas y forma de conducir los padres a sus hijos, de tal forma que en la medida que se fomente la inseguridad en el niño, éste recurrirá a estrategias de sumisión, hostilidad o bien de indiferencia.

Marca en su teoría tres orientaciones adoptadas como una manera de disminuir la ansiedad e inseguridad, que se inclinan en moverse hacia las personas, sacrificando en ocasiones sus deseos, o ir en contra de las personas con agresividad como estrategia, y apartarse de las personas físicamente, como escape y huida.

Menciona que surge un conflicto interno en cuanto se abandona el yo real y sus potencialidades, a causa de un yo ideal.

Lo anterior explica que la persona que persigue un yo idealizado convirtiéndolo en su propio yo, recurre a las necesidades neuróticas de búsqueda de perfección, ambición neurótica y la necesidad de triunfo vengativo hacia los demás.

Horney (1945, en Dicaprio, 1993) define la personalidad sana, cuando se es capaz de integrar las tres orientaciones hacia la vida, completándose una a otra, sin que predomine alguna de ellas, para no centrarse en ese estilo de vida únicamente, y poder así formar un todo armonioso.

El Modelo Humanístico existencial, se caracteriza por enfatizar sus teorías en base a los atributos del ser humano y a sus problemas, partiendo de su condición humana.

Erich Fromm, es uno de los representantes de este modelo, por dar una teoría diferente, basada en los preceptos de la ética, pues tiene cierta similitud con los principios de la salud mental y el buen vivir. Fromm (1947, en Dicaprio, 1993) trata el tema de lo que significa ser humano, por lo que es un teórico psicoanalista muy reconocido y leído, es el exponente escogido para conocer el presente modelo teórico.

Fromm (1955, en Dicaprio, 1993) propone que, lo que es objetivamente correcto, también es bueno para la gente, la propia naturaleza humana crea problemas particulares; si no satisfacemos nuestras necesidades específicamente humanas en forma adecuada, sufrimos fuertes impedimentos psicológicos y físicos.

Estas necesidades de Fromm, (1955, en Dicaprio, 1993) son requerimientos psicológicos básicos que nos ayudan a vivir con efectividad, y son denominadas como: de relación; trascendencia; de raíces; sentido de identidad, y estructura. Cada persona se enfrenta a ellas de la siguiente manera:

**Relación.-** El único medio del ser humano para sobreponernos al aislamiento y soledad común a todos, es mediante algún tipo de relación, fomentando una relación productiva.

**Trascendencia.-** Se refiere a la necesidad básica de controlar nuestra vida, resolviendo los problemas por medio de las propias habilidades y recursos, determinando así nuestro destino.

**Raíces.-** Las tradiciones, costumbres y creencias nos ayudan a sentirnos parte de una comunidad, estableciendo lazos significativos con el medio inmediato y con el pasado también.

**Sentido de identidad.-** El sentimos identificados por otros y por nosotros mismos a través de nuestro puesto y papel desempeñado en el mundo.

**Estructura.-** Cada persona tiene necesidad de dar sentido a la vida, y poder tener una estructura de su persona y del mundo para no caer en confusión.

Así con estas necesidades expuestas por Fromm, (1955, en Dicaprio, 1993) claras en el sentido de hacer referencia a la cualidad de conocer y razonar sobre las cosas del mundo, ya que dependemos de una herencia cultural, con costumbres y valores. La teoría central de Fromm, (1947, en Dicaprio, 1933) está centrada en nuestra condición humana, señala que cada individuo enfrenta distintivos problemas en virtud de que es humano.

Aunque cada persona es única como ser viviente, las tareas y dificultades que debe enfrentar frecuentemente son similares a las de otros.

Indica que todas las circunstancias en la vida de dos personas pueden ser distintas, pero la naturaleza de ciertos problemas es la misma, a este concepto el autor lo denomina: situación humana.

La misma naturaleza pone al individuo ante conflictos que son difíciles de resolver, según el punto de vista de Fromm (1960, en Dicaprio, 1993) basada en valores y bases éticas da como resultado una orientación productiva hacia la vida, que equivale a la salud y al equilibrio de la personalidad. Sustenta que las normas y los valores son aplicables a todos, porque se basan en la naturaleza misma, frecuentemente aquel que se desvía socialmente y éticamente es víctima de las circunstancias adversas perdiendo su armonía.

Fromm (1947, en Dicaprio, 1993) propone, que la vida debe vivirse plenamente, ya que la vida irresponsable que desperdicia talentos y deja de ejercer potencialidades constituye un vicio; y da por consecuencia la propia mutilación, por lo que seguir en curso de una orientación productiva hacia la vida es ético.

Al hablar de orientaciones productivas e improductivas, Fromm (1947, en Dicaprio, 1993) presenta en su teoría las características en forma bipolar con rasgos tanto positivos en las primeras, como negativos en las segundas, Es decir que en la orientación improductiva receptiva la relación del individuo hacia otros es unilateral, recibir en lugar de dar.

En la orientación improductiva de explotación, el individuo adquiere las cosas de otros con hostilidad, y la persona que explota solo puede ver en otros el valor según el uso que tenga en su vida; en lugar de trabajar activamente por lo que uno necesita y quiere.

En la orientación improductiva de atesoramiento, Fromm describe a las personas con reacciones obstinadas y compulsivas, desconfiadas, con ahorros y conservaciones compulsivos con conductas negativas a los demás; en vez de ser precavidos, leales y cuidadosos en su conducta.

Por último, en la orientación improductiva de mercadeo, las personas guiadas por esta orientación, ven a los demás como un producto que debe satisfacer sus demandas, juzgándolos por un valor externo y comercial.

En general todas estas orientaciones a nivel improductivo pueden ser manejadas con un fin positivo que las caracterizan también, convirtiéndolas en orientaciones productivas.

Otro punto interesante en la teoría de Fromm es el relacionado al concepto que maneja de conciencia que tiene que ver con la personalidad. Para Fromm (1947, en Dicaprio, 1993), la conciencia es un medio regulador de la personalidad, un atributo de conocimiento de sí mismo que hace posible que la persona observe, reflexione y evalúe su propia conducta. Representa autoevaluaciones basadas en los ideales y valores propios de la persona.

La conciencia la divide en:

a) Autoritaria.- debida a los requerimientos impuestos por las autoridades interiorizados (padres, maestros, gobierno, religión, etc..).

b) Humanista.- con base en los requerimientos de lo real (valores y metas propios, obligaciones con uno mismo). La conciencia puede representar el éxito o fracaso del

vivir productivamente, la congruencia con la conciencia humanista la satisfacción al yo real.

Por todo lo anterior, de la simple descripción de algunos puntos de la teoría ética de Fromm (1947), cabe resumir que:

- 1.- La orientación productiva es un modo de relación con el mundo en el cual se desarrollan potencialidades como es posible.
- 2.- Ninguna persona tiene sólo una tendencia a una orientación.
- 3.- Los problemas que enfrenta el individuo son propios de su naturaleza humana, si no satisfacemos nuestras necesidades específicamente humanas en forma adecuada, aparecen impedimentos psicológicos.
- 4.- La personalidad plenamente desarrollada consiste en vivir plenamente con base en principios éticos, y con una conciencia humanista.

**Modelo Conductual.-** Está centrado en los determinantes ambientales como influencia sobre la conducta, describiendo sólo de esta forma al hombre, considerando únicamente la conducta observable como idea base del funcionamiento humano en lo personal y lo general.

B F Skinner, es un teórico que sin mencionar en sus argumentos la palabra "personalidad" y sin utilizar las variables intercurrentes de la personalidad establece de alguna manera con su explicación teórica que ésta es inferida por la conducta observable

Skinner, (1938, en Dicaprio, 1993) opina que el medio determina la conducta, y en la medida que éste cambie o se mejore ocurrirá la conducta deseada.

Cree además que lo que se necesita es manejar el medio de manera que la conducta esté bajo control. Por todo esto, el autor hace hincapié en que:

1) Los seres humanos son en gran medida lo que el medio hace de ellos

2.- La diferencia entre los hombres se debe en gran parte al medio en que viven; por ejemplo: el medio de un agricultor no es igual al de un pescador, las diferencias en los medios determinan conductas específicas y diferentes en algunos aspectos.

El medio según Skinner, (1953, en Dicaprio, 1993) selecciona las conductas apropiadas para las circunstancias, pero por supuesto los seres humanos tienen la capacidad de actuar sobre el medio ambiente y por consiguiente cambiarlo.

El autor no ha definido un estado humano ideal desde su particular teoría con base en la estructura y funcionamiento de la personalidad, se ha centrado en el medio ideal.

Los conceptos explicativos que Skinner (1963, en Dicaprio, 1993) da para apoyar su teoría es de acuerdo a la realización de ciertos pasos que la persona ejecuta, a los que llama operantes, porque el sujeto debe operar o actuar instrumentalmente son los medios para alcanzar un objetivo.

Este teórico ha señalado que hay dos tipos de programas importantes que producen condicionamiento, entendiendo este concepto como: una forma de vínculo

entre estímulos y respuesta, o entre conductas y consecuencias. (1938, en Dicaprio, 1993).

Al primer condicionamiento se le ha denominado de respuesta o clásico (E-R), descrito como la sustitución de un estímulo por otro en la producción de una respuesta existente previamente, es decir las repuestas provocados por un estímulo se vinculan a nuevos estímulos.

Al segundo condicionamiento se le ha denominado operante (R-E), donde se emite una conducta a la que le sigue una consecuencia, experimentalmente una vez que se emite la conducta deseada y ser reforzada por algo, esto provoca un incremento en la frecuencia de esa conducta. Entonces una vez que comienza el reforzamiento, la conducta principia al estar bajo el control del estímulo reforzante, sea éste, de la índole que sea, pues su única característica en común va a ser el poder reforzante que tenga. (Skinner, 1938, en Dicaprio, 1993).

Muchos de los reforzadores están en poder del medio mismo y otros están en poder de nosotros, ya que tenemos la facultad de manifestar una aprobación, afecto, alabanza, crítica, desaprobación, etc. La forma de dar reforzadores es un factor indispensable en el control y modificación de la conducta. El reforzamiento forma la conducta y la mantiene después, la conducta puede mantenerse con muy poco reforzamiento si se sigue el programa de reforzamiento apropiado. (Jenkins, 1950, en Dicaprio, 1993).

Skinner, (1957, en Dicaprio, 1993), maneja en su teoría diversos programas de reforzamiento: de intervalo, basado en el tiempo establecido en que se da el refuerzo, y que puede ser fijo (IF) o variable (IV); o bien de razón, basado en la conducta del sujeto, donde también puede ser fijo (RF) o variable (RV).



El autor de este modelo conductual, menciona que la manera en que se dan los reforzadores, (cuándo, cuánto y de que tipo) es un factor para el control y modificación de la conducta.

Aunque hay otros métodos alternativos para el control y la modificación de la conducta, como: la saciedad, (permitir que la persona despliegue su conducta hasta que se cansa de ella), la extinción, (no presentando atención o reforzamiento a la conducta), o el castigo, (detener o cambiar la conducta indeseable, mediante el dar una consecuencia desagradable); la teoría de Skinner (1971, en Dicaprio, 1993) se basa en el principio de que la conducta se forma y se mantiene por reforzadores.

Son múltiples los constructos teóricos que el autor plantea, por lo que cabe señalar que fundamenta una prueba en la efectividad de sus procedimientos para ayudar a resolver problemas específicos, en donde el cambio de conducta es indispensable.

Como conclusión, es importante recalcar que Skinner no define a la personalidad como tal, sino más bien ha concentrado su teoría en los factores que determinan a la conducta. Define al individuo capaz, responsable y apto, como el producto de un "buen" medio.

Resumiendo:

Al término de la anterior exposición de los cuatro modelos teóricos agrupados por Dicaprio (1993) de esta manera, para tener esquemas específicos de las teorías de la personalidad, es posible destacar que cada una de ellas nos proporcionan el conocimiento de la naturaleza humana.

Todas las teorías al dar sus conceptos definitorios nos ofrecen guías y orientaciones para el mejor desempeño del individuo, explicando lo que es posible para alcanzar el estado óptimo de la personalidad.

## **1.2 Personalidad y Conducta.**

El individuo, aún sin conocer el por qué de su manera de ser y comportarse, lleva en su naturaleza su particular "personalidad", que lo caracteriza y le determina a comportarse de alguna manera específica en las diversas áreas de su vida, a nivel: personal, familiar, social, sexual o bien manifestando comportamiento patológico. Por lo que conocer cada área de influencia en el desenvolvimiento de la personalidad del individuo, es de suma importancia.

### **1.2.1 Personal.**

Uno de los teóricos de la personalidad que estudia al hombre más a nivel personal que en un contexto general, es Allport (1961, en Dicaprio, 1993). Para él, la psicología de la personalidad es la ciencia del caso individual, sostiene que cada persona es absolutamente única y que puede ser comprendida solamente mediante el descubrimiento de los principios de su propio comportamiento, por lo que el individuo es el principal objeto de estudio de forma directa.

La personalidad adecuada a nivel personal puede definirse con base en los conceptos que este autor señala en su teoría, enfatizando que el estado ideal de la personalidad para el logro de las metas es mediante la madurez. (Allport, 1961, en Dicaprio, 1993).

Refiere que la persona madura alcanza su crecimiento completo empleado adecuadamente sus capacidades y desarrollando una orientación de valores hacia la vida, dando el debido orden a las situaciones que se le presentan, mediante prioridades.

La madurez no es un estado estático, al que se llega una vez, conservándose así permanente, sino se debe entender como un proceso progresivo y continuo, en donde cada período de la vida del individuo le trae nuevos cambios, tanto en la personalidad como en las circunstancias externas. La persona madura requiere de: adaptación y flexibilidad constantes. (Allport, 1961, en Dicaprio, 1993).

Los criterios que abarca una persona que se le considera madura son los siguientes:

1.-Extensión del yo.- Relacionado a la extensión efectuada por el yo más allá del propio organismo, hacia otras personas e intereses que son indispensables para el establecimiento de la personalidad madura.

2.- Relación cordial del yo con los demás.- La persona madura es capaz de tener apego con los demás en sus relaciones, siendo también capaz de percibir los sufrimientos y limitaciones de otros, experimentando un sentido de identidad con todos los seres humanos.

3.- Seguridad emocional.- Definida con base en la:

a) aceptación de uno mismo. con sus defectos e imperfecciones, pero luchando con un autoestima real y madura.

b) seguridad en las emociones, aceptándolas como parte normal de la persona, aprendiendo a vivir con ellas y empleándolas para fines constructivos.

4.- Percepciones realistas.- Uno de los requisitos fundamentales de la madurez es mantenerse en contacto con la realidad, ver las cosas como son.

5.- Habilidad productiva.- La persona posee ciertas habilidades básicas que le permiten tener seguridad y poder alcanzar la madurez, mediante un enfoque adecuado de la vida.

6.- Tarea valiosa.- En la medida que la persona cumple un deber le da mayor significado a su vida.

7.- Ser objetivo.- Implica el conocimiento de sí mismo, saber lo que se puede hacer y lo que no, conocer las propias limitaciones y ser objetivo en cuanto a las capacidades reales.

8.- Tener una filosofía unificadora de la vida.- Tener un marco de referencia que dé significado a la vida mediante la persecución de una meta guiadora. (Allport, 1961, en Dicaprio, 1993)

No toda la gente posee los criterios de la madurez propuestos por el autor, pero la madurez en el sentido de cierta orientación en la vida es una meta a buscar y alcanzar.

A nivel personal una personalidad sana se caracteriza por

a) alegría de vivir, tener "algo pendiente".

b) la búsqueda de tensiones que toman la forma de metas a corto y largo plazo.

c) el establecimiento de un firme sentido de identidad. (Allport, 1961, en Dicaprio, 1993).

Por otro lado Rogers, (1961, en Dicaprio, 1993) ilustra con sus conceptos teóricos, también su punto de vista sobre la personalidad, centrándose a nivel individual y personal, menciona que la persona puede convertirse en alguien plenamente completo y funcional. Explica que un sujeto plenamente funcional reconoce y definitivamente evita ponerse una máscara o llevar una conducta que no encaje con su yo real. Cuando este autor emplea el término de "máscara", se refiere a los papeles artificiales o no auténticos, autoimpuestos o impuestos del exterior. Por lo que los aspectos principales de la personalidad entran en conflicto como resultado de expectativas opuestas del papel a desempeñar, dando como consecuencia que no ocurra un sentido firme de la identidad. (Rogers, 1972, en Dicaprio, 1993).

Las personas plenamente funcionales experimentan además un sentido de libertad y un sentido de autodeterminación que les permite escoger entre el desarrollo o el estancamiento, ser ellas mismas o una máscara, abiertas a sí mismas en sus experiencias o no. (Rogers, 1980, en Dicaprio, 1993).

Mediante la confianza de uno mismo, es posible tomar acciones que den resultados favorables. Cuando una persona es plenamente funcional puede llegar a tener confianza en sí misma, lo que le permite conducirse favorablemente. (Rogers, 1980, en Dicaprio, 1993).

Además menciona este autor que cuando las personas están abiertas a sus experiencias internas y externas no temen ser ellas mismas, siendo creativas, son capaces de amoldarse a diferentes situaciones. (1961, en Dicaprio, 1993).

Plantea que la persona plenamente funcional es:

- autoconocedora
- creativa
- espontánea
- abierta a la experiencia
- autodeterminante
- libre de restricciones
- vive en su ahora
- da salida a sus potencialidades
- tiene confianza
- evita las apariencias
- tiene sentimiento de libre elección
- y posee firme sentido de la entidad.

Resumiendo, tanto Allport como Rogers, describen dos formas de entender la personalidad vista desde un enfoque personal singular, partiendo del concepto de madurez o de las características de la persona plenamente funcional que nos da una guía para plantear que la personalidad y la conducta a nivel personal adecuada, se da mediante la confianza en la capacidad para enfrentar la vida llena de retos y cambios.

### **1.2.2 Familiar.**

La mayor parte de la vida de la gente se desenvuelve en pequeños grupos primarios tales como la familia, en los que la interacción tiene lugar cara a cara, en forma íntima y personal. Debido a los fuertes lazos sentimentales y afectivos que se desarrollan en estos grupos primarios, es más fácil que los hábitos y valores individuales se formen en estos grupos sociales. (Marr, 1993)

Se da el nombre de familia, al grupo de personas que viven juntas durante determinados períodos, hallándose vinculadas entre sí por el parentesco de sangre o por el matrimonio. Los grupos que en otras épocas y lugares recibieron esta denominación, no siempre coinciden con la dinámica y la estructura observable en los grupos que actualmente la sociedad da el nombre de la familia. También la influencia de la dinámica familiar sobre la formación de la personalidad, varía de una sociedad a otra y de un lugar a otro. (Laing, 1986)

La unidad de la familia se encuentra en "un nosotros" común que se contrapone a el "ellos" de las personas ajenas al grupo.

Los miembros de la familia pueden sentirse en mayor o menor grado dentro o fuera de ésta, según sientan que están incluidos en el conjunto de relaciones que caracterizan al grupo familiar; es decir que en la medida que se tenga un sentimiento de pertenencia a la familia, se podrá internalizar este grupo como sistema.

Internalizar, significa trasponer lo "externo" a lo "interno", la "familia" no se internaliza como un objeto, sino como un conjunto de relaciones entre sus miembros. (Laing, 1986)

La "familia", es decir, la familia como estructura internalizada, puede ser concebida por cada uno de sus miembros de formas diferentes, como un sistema protector o destructivo.

La familia, denominada también por la psicología social, como pequeño grupo, facilita a sus miembros el sustento, el abrigo, y la protección contra las amenazas exteriores; en situaciones de tensión, las personas unidas o un grupo familiar están en mejores condiciones de defenderse, al contrario de los individuos aislados, y en los momentos dramáticos, la familia es una fuente de ayuda y seguridad para sus miembros. (Mann, 1993)

El grupo familiar por sus características de apego entre sus miembros, tiende a fomentar la participación y cooperación en actividades que la sostengan. La familia como función defensiva se convierte en un sistema de unión entre sus miembros. La familia llega a ser una defensa contra el derrumbre, la desintegración, la desesperación, la culpa y otras calamidades, como consecuencia la preservación de la familia es equiparada a la preservación del "yo" y del mundo, y la disolución de la familia, es equiparada a la muerte del "yo" y del mundo. Si el "yo" depende de la integridad de la familia, entonces ésta es un sistema importante. (Laing, 1986)

Por lo tanto, la familia da argumentos a la persona para determinar de cierta forma los actos, sentimientos, pensamientos y percepciones del mundo, dependiendo de las relaciones vividas en ella.

La familia no es un simple conjunto de relaciones introyectadas, sino más bien una matriz de pautas por representar en la vida. La identidad de cada individuo se apoya entonces en la presencia de una familia y en la medida en que el individuo se siente integrado a ella. (Laing, 1986)



### 1.2.3 Social.

La personalidad del individuo también se ve reflejada en el proceso de socialización dentro de un contexto sociocultural en el cual se desenvuelve. Las relaciones sociales generan situaciones que provocan cambios en la conducta, es decir que a través del proceso de aprendizaje social el individuo adquiere de su medio sociocultural ciertas características más o menos permanentes. (Salazar, Montero, Muñoz, Sanchez, Santoro y Villegas, 1992)

Las bases de la conducta social humana son: a) las influencias culturales, originadas por la existencia de sociedad organizadas y b) las influencias ambientales mediadas por las propiedades físicas del ambiente social. (Mann, 1993)

a) El estudio de las influencias culturales es de suma importancia, ya que da la base para la comprensión de la conducta humana; dentro de este aspecto es claro ver que la mayoría de las motivaciones humanas son satisfechas en un contexto social que determina la influencia de la cultura en la conducta. El individuo depende de la presencia de otros para la satisfacción de sus necesidades. (Mann, 1993)

En el proceso de socialización, la cultura es transmitida a través de sus agentes, ya sean estos los padres o maestros principalmente, en una secuencia determinada de contextos sociales: la familia, la escuela, el trabajo, etc. Aunque la cultura establece los límites y la forma del aprendizaje, las diferencias individuales en sus características psicobiológicas explican en parte la variabilidad de la conducta en un mismo contexto social

Sin embargo, es importante recalcar que la influencia de los padres sobre el niño, principalmente en los primeros años, es la que ejerce la más poderosa influencia

socializadora. Generalmente las primeras experiencias del aprendizaje tienen un efecto duradero, probablemente irreversible en la personalidad. No hay duda de que las primeras experiencias satisfactorias son vitales para el desarrollo de los afectos sociales. (Mann, 1993)

b) Las influencias ambientales están determinadas por el medio físico o territorial en que se dan, ya que el área o espacio físico también es importante en la conducta social y explica las diferencias de los individuos que son determinadas en alguna medida por su habitat o medio en donde viven. Las condiciones del medio definen el tipo de experiencias de las que el individuo aprende sus hábitos y valores. (Mann, 1993)

La posesión de un territorio y de reconocerse parte de él, satisface la necesidad humana de seguridad y estímulo; más aún, refuerza un sentimiento de identidad, por lo que da a cada individuo un lugar propio que lo distingue de los demás individuos de una sociedad. (Mann, 1993)

Al quedar expuestas las dos formas de influencia como base de la conducta social, es posible entender en que circunstancias se ve determinado el desenvolvimiento de la personalidad del individuo. Por otra parte, el grupo social al que se pertenezca, impone un control de sus miembros para regular la serie de conductas, actitudes y relaciones permitidas, asegurando así su continuidad, en todos los aspectos. Los grupos desarrollan normas sociales que son "vías determinadas de mirar el mundo", o bien, actitudes y valores de grupo. (Mann, 1993)

Las normas de grupo incluyen: el cuadro de referencia para la percepción de objetos significativos, las actitudes rectas o la conducta correcta prescrita con relación a ese objeto, los sentimientos afectivos acerca de la rectitud de estas

actitudes y la tolerancia de las violaciones de la norma, y las sanciones positivas y negativas por medio de las que se premia la conducta adecuada y se castiga la inadecuada. (Mc Groth, 1964, en Mann, 1993)

La sociedad entonces, ejerce un control mediante sus normas y que está destinado a impedir cierto tipo de desviaciones y a canalizar otras, dentro de ciertos límites indicados. De esta manera, el control social es una moneda de dos caras, en donde por un lado está la adaptación social aceptada y esperada, en el reverso la desviación socialmente condenada; aunque ambas son producto del mismo sistema. (Montero, 1992, en Salazar, 1992)

La uniformidad y acción de la persona para con el grupo, es necesaria para la conquista de sus objetivos y la continuidad exitosa del grupo. (Festinger, 1950, en Mann, 1993). El hecho de pertenecer a un grupo, es debido a la necesidad que tiene la persona de relacionarse con los demás, y ésta es selectiva en alguna medida mediante la a) percepción interpersonal y la b) atracción interpersonal.

a) La percepción interpersonal, es el modo de reaccionar de una persona a las acciones de los demás, está influenciada por su modo de percibir o de interpretar la causa de la conducta. (Heider, 1958, en Mann, 1993). Mediante lo que percibimos de una persona por lo que ésta proyecta con sus características físicas y atributos, en general por la cantidad de información disponible que tenemos de ella al establecer contacto, es posible formarnos una impresión. O como dice textualmente De Charms, (1968, en Mann, 1993):

Conocer a una persona no es sólo reaccionar a sus aspectos perceptibles, sino también aprender a predecir la conducta de esa persona mediante la adquisición de conocimientos sobre los roles llevados a cabo por la misma y de disposiciones

tales como sus motivos e intenciones. Conocer a una persona no es conocerla de una vez por todas, puesto que el conocimiento de una persona es un proceso de cambio constante, un proceso sin fin de tratar de conocerla. En este proceso son importantes algunos aspectos, tanto del que percibe como el percibido. En resumen, ni el que percibe, ni el percibido, ni el que conoce, ni el conocido, pueda suponerse que estén quietos. De hecho, es probablemente más importante suponer que las dos partes sufren cambios en el transcurso de la interacción.

b) La atracción interpersonal, se da principalmente cuando un miembro del grupo proporciona recompensas o medios de satisfacer sus necesidades a otro, de modo directo, teniendo la oportunidad de tener contacto y de sostener algún tipo de interacción. La atracción se da también cuando las personas llegan juntas a ser miembros de un grupo exitoso o que atraviesan juntos una situación adversa. (Mann, 1993)

Homans, (1961, en Mann, 1993) la define como atracción por intercambio, explicando la amistad de grupo en términos de las recompensas y los costos, en la medida que las recompensas netas o ganancias sean proporcionales a su inversión en la interacción; a mayor inversión, mayor ganancia.

Resumiendo, queda señalar que, los anteriores conceptos son sólo una muestra del conocimiento que se tiene, y del interés del individuo manejando en su contexto sociocultural, por lo que da pie a inferir lo siguiente.

- Uno de los temas importantes de la psicología social es el estudiar cómo la conducta de un sujeto afecta el comportamiento de otro, o también cómo uno influye

en el otro. Lo mismo puede suceder entre grupos o entre individuos y grupos. (Villegas, 1992, en Salazar, 1992)

- y por último, la mención de que el individuo obtiene satisfacción mediante la expresión de actitudes apropiadas a sus valores personales y su concepto de sí mismo. Estos valores y este autoconcepto son sistemas integrados de actitudes que se aprenden en la niñez partir de identificaciones con los padres y otras figuras significativas y constituyen el núcleo de la personalidad. (Mann, 1993).

#### 1.2.4 Sexual.

Esta área representa una característica y aspecto vital del ser humano que interviene y le influye en su personalidad y comportamiento. Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones específicas guiadas por su historia personal y desarrollo sexual, por lo que cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma desde su propia perspectiva.

Para la comprensión de la sexualidad conviene precisar, que ésta debe ser vista de manera pluridimensional. (Masters, Johnson y Kolodny, 1987). Los autores las definen de la siguiente manera:

- Dimensión biológica.- Los factores biológicos controlan en gran medida el desarrollo sexual desde la concepción.

El plano biológico tiene que ver también con el deseo sexual, por otra parte la misma excitación sexual produce una serie de efectos biológicos concretos como: aceleración del pulso, la respuesta de los órganos sexuales, la sensación de calor,

erección y hormigueo en todo el cuerpo, todo esto como respuestas biológicas.

- Dimensión psicosocial.- Conjuga factores psicológicos (tales como: emociones e ideas) con elementos sociales (cómo las personas se influyen mutuamente). La importancia del aspecto psicosocial de la sexualidad se acentúa sobre la evolución como seres humanos, desde la infancia con la adquisición de la identidad sexual o de género, hasta la madurez física de la edad adulta.

Las fuerzas psicosociales determinan en gran medida las actitudes hacia la sexualidad, basadas en el aprendizaje, o lo que muestran los padres, maestros, etc., acerca del sentido y el objetivo de la sexualidad. Esta visión psicosocial sobre la sexualidad está regulada mediante normas y presiones sociales.

- Dimensión cultural.- Las actitudes culturales que rigen la sexualidad no pueden tener valor universal, debido a las diferencias culturales, por lo que el estudio de la sexualidad está en función de los respectivos esquemas de valores, épocas y regiones geográficas.

- Dimensión conductual.- Permite conocer el comportamiento sexual, el cómo y por qué actuamos de cierta manera, es decir que lo está condicionando.

- Dimensión clínica.- La perspectiva clínica de la sexualidad, estudia los problemas que pudieran darse y examina las soluciones a estos y otros trastornos que impiden o limitan al individuo tener una plena expresión sexual. Aquí se observa que las enfermedades, o emociones tales como el miedo, la ansiedad, la depresión, la culpa, los conflictos, etc., disminuyen o anulan las pautas de respuesta sexual.

Las anteriores dimensiones explicativas clasifican aspectos que permiten poder explorar y conocer en un sentido amplio a la sexualidad humana. Queda claro por lo expuesto, que a partir del nacimiento los factores biológicos se unen al aprendizaje social que desempeña un papel importante en la configuración de la sexualidad sin restar importancia al entorno sociocultural que la determina en gran medida.

Otro aspecto vital que recalcan los autores de la sexualidad, está basado en la comunicación, disposición y participación, que debe darse en todo vínculo sexual, ya que es de esta forma como se puede lograr una mayor satisfacción y crecimiento personal. La vida sexual puede ser manejada en base a las actitudes, metas y valores de la personalidad propia de cada persona. La sexualidad puede ser entendida de la siguiente manera, de acuerdo a la clasificación de Masters, Johnson, y Kolodny (1987).

**Sexualidad convivencial.-** Relación amorosa que presupone un compromiso emocional y un alto grado de intimidad entre los miembros de la pareja.

**Sexualidad recreativa.-** Aquella que se practica por el mero afán de obtener placer sexual. El grado de implicación emocional y la intimidad se limita o permanece ausente.

**Sexualidad reproductora.-** Cuando la única finalidad del acto, es la procreación.

Por lo tanto, la sexualidad es un tema que da para mucho, ya que no sólo representa la relación sexual o el acto sexual propiamente dicho, sino involucra estados subjetivos como los sentimientos, emociones y actitudes que forman parte de la persona, cuando se relaciona con otra a nivel sexual, al igual que en otras áreas de su vida.

En este apartado, Masters, Johnson y Kolodny (1987) explican las diferentes formas de enfocar la sexualidad en un sentido pluridimensional; tomando en cuenta esta información, es claro establecer que el individuo es un ser biológico, psicológico y social. La personalidad del individuo también es una integración de estos mismos factores, en un plano sexual manifestándose en conducta aceptada o no, ajustada o no, al medio en que está inmerso cada individuo.

### 1.2.5 Comportamiento patológico.

Los rasgos de personalidad son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo y se hacen patentes en un amplio margen de importantes contextos personales y sociales. Cuando los rasgos de personalidad son inflexibles, desadaptativos, causando incapacidad social significativa y malestar subjetivo, se habla entonces de trastornos de la personalidad o del carácter. (American Psychiatric Association, 1984)

El carácter es la resultante de una elaboración personal, de una cierta forma de reacción que identifica al individuo. Los trastornos de la personalidad o de carácter, son diferentes modalidades de reacción individual que constituyen las características de la persona y que se toman molestas, reprobables y anormales en el contexto social donde se desenvuelve. (Ey, Bernard, y Brisset, 1986)

La formación del carácter se desarrolla desde el nacimiento como la acumulación y consolidación de reacciones típicas o características sociales y psicosexuales que se forman bajo tensiones y exigencias que se le hacen al individuo a medida que crece.



Estas tensiones se originan tanto del exterior como del interior de la persona, cada persona en forma inherente satisface estas exigencias; de esta manera se desarrollan varios patrones o rasgos que se expresan según la personalidad del individuo. (Nuñez, 1985)

En términos diagnósticos, estas expresiones pueden considerarse como trastornos del carácter o trastornos de la personalidad. Estos trastornos de la persona se vuelven, estables, resistentes y caracterizan las formas de comportamiento.

Los trastornos de la personalidad o de carácter han sido clasificados de la manera siguiente, dadas las características que los definen:

**Trastorno Paranoide.-** Los individuos con este trastorno, son hipersensibles y muy críticos del mundo externo, así como suspicaces respecto a la gente. La persona que padece un trastorno paranoide puede sospechar de aquellos que intentan modificar sus ideas, son hipervigilantes y toman precauciones frente a cualquier amenaza percibida.

Los individuos que presentan este trastorno tienden a ser muy rígidos y difíciles, por lo general la afectividad se encuentra restringida y pueden parecer "fríos", poco emotivos, y tienen una gran dificultad para aceptar las críticas referidas a ellos. (American Psychiatric Association, APA, 1984)

Los sujetos, cuyo trastorno paranoide de personalidad los caracteriza, muestran una necesidad excesiva de autosuficiencia, hasta caer en egocentrismos, son además envidiosos, celosos de los logros de los demás y con frecuencia son despectivos con la gente considerada como débil.

En general los aspectos distintivos de este trastorno se engloban en:

a) una sospecha y desconfianza de la gente, excesiva e injustificada.

b) presencia de hipersensibilidad.

c) y afectividad restringida.

**Trastorno esquizoide.-** Este tipo de personalidad trastornada presenta características de distanciamiento y aislamiento de los demás. Debido al aislamiento y la conducta de distanciamiento como características esenciales de la estructura de personalidad, su capacidad para relacionarse y establecer relaciones cercanas, disminuye la efectividad de las habilidades sociales. Por ello, la fantasía del individuo toma importancia, convirtiéndose en un rasgo motivante para la persona y sus gratificaciones se obtienen por medio de sus fantasías. (Núñez, 1985)

Los individuos esquizoide, tienen poco o ningún interés en las relaciones sociables, prefiriendo estar solos, siendo reservados, retraídos y cerrados en su comunicación. (A.P.A,1984)

Los individuos que presentan este trastorno a menudo son incapaces de expresar agresividad y hostilidad en el sentido activo, son indecisos respecto a sus actos, ausentes y distanciados de su ambiente. (A.P.A. 1984)

Los criterios característicos de este trastorno son:

a) distanciamiento emocional y frialdad.

b) indiferencia a los sentimientos de los demás.

c) cuentan con pocas relaciones íntimas.

**Trastorno Histriónico.-** Se caracterizan por su gran necesidad de atención, son hiperactivas y con frecuencia psitulantés. Se aburren con mucha facilidad, por lo que requieren en forma constante de estímulos externos, además dan la impresión de ser superficiales, comportándose de manera seductora y dramática en la vida. (Nuñez, 1985)

El rasgo característico de este trastorno, es una conducta teatral, intensamente expresiva. Los individuos con este trastorno están siempre llamando la atención, tienen tendencia a la exageración y a menudo actúan como si representaran un papel. Los estímulos dan lugar a una excitabilidad emocional exagerada, tal como explosiones violentas o irracionales de pérdida de control. (A.P.A, 1934).

Las relaciones interpersonales muestran alteraciones características, ya que por lo general aunque son fáciles de hacer amistades, posteriormente se aburren por su necesidad de cosas nuevas y se vuelven exigentes, egocéntricos además de ser desconsiderados.

Son manipulativos al manifestarse a los demás con intentos de suicidio, por requerir de apoyo constante a causa de sentimientos de desesperanza. (A.P.A, 1964)

Las principales características de esta personalidad trastornada son entonces:

- a) una conducta abiertamente teatral, expresada con mucha intensidad.
- b) alteraciones en las relaciones interpersonales por su egocentrismo.

**Trastorno Narcisista.-** En la anterior personalidad, el histérico fantasea en forma exagerada sobre asuntos románticos, aquí el narcista se preocupa sobremanera por sus logros, ya que sobrevakía todos y cada uno de sus logros. Tiene exagerada autoestima, no toma en consideración sus limitaciones y le afecta la más mínima insinuación de desprecio hacia su persona. Sus fantasías se caracterizan sobre temas de poder, éxito y admiración. También el narcista se cree acreedor de muchos atributos y no comprende por qué sus necesidades en este sentido no son gratificadas. Las relaciones interpersonales se orientan a lo que las demás le ofrezcan y sin establecer relaciones profundas. (Nuñez, 1985)

El criterio para definir este trastorno, se basa en los siguientes puntos característicos: (A.P.A, 1984)

- a) la exageración de los logros, centrada en la naturaleza de sus propios problemas.
- b) fantasías referentes a: éxito, poder, belleza y amor propio.
- c) actitud exhibicionista.
- d) y la alteración en las relaciones interpersonales, debida al hecho de sacar partido de los demás sin comprometerse, además de una falta de empatía con las personas.

**Trastorno Antisocial.-** El rasgo característico de este trastorno de la personalidad es debido a una conducta continua y crónica, donde destacan las mentiras, robos, peleas, vagancia y resistencia a la autoridad. Es frecuente la conducta sexual agresiva, el consumo de bebidas alcohólicas incluso drogas, y distintos actos delictivos. El individuo presenta también incapacidad para sostener relaciones

duraderas, pues carece de responsabilidad para con las amistades, la familia y la pareja. (A.P.A, 1984)

Las personas que presentan este trastorno del carácter tienen una necesidad imperiosa de externalizar conflictos internos no resueltos en la expresión de su conducta. (Nuñez, 1985)

Por el hecho de tener una constante conducta antisocial e irresponsable en su vida, estos individuos violan los derechos de los demás manifestando desprecio a la autoridad y a las normas de la sociedad en general.

Trastorno límite.- Esta alteración de la personalidad es también denominada "Borderline" y el rasgo predominante es una inestabilidad en las diversas áreas de la vida. Se observan tres factores que describen este cuadro. (A.P.A, 1984)

- a) Las relaciones interpersonales son inestables con cambios marcados de actitud, hay una conducta impulsiva e impredecible.
- b) El estado de ánimo se vuelve inestable con cambios marcados, inapropiados y por falta de control.
- c) Hay alteración de la identidad, incertidumbre en la autoimagen, por lo que les es difícil asumir sus valores, metas y objetivos.

Trastorno Dependiente.- En este trastorno el individuo permite pasivamente que los demás asuman responsabilidades en todo lo concerniente a su vida, debido a una falta de confianza y a una incapacidad de funcionar con independencia. Estas personas dejan que los demás tomen sus decisiones. (A.P.A, 1984)

Estas personas tienden a evitar exigencias y responsabilidades presentando además depresión y una hostilidad latente. El rasgo dependiente de este trastorno del carácter contiene un elemento de pasividad que lo convierte en una réplica de la relación padre-hijo en todas sus interacciones interpersonales. (Nuñez, 1985)

**Trastorno compulsivo.-** Los compulsivos son personas exageradamente convencionales que regulan su vida de acuerdo a reglas establecidas, las cuales son realizadas de forma rígida. Tienen una necesidad de terminar todo lo que se inicia en forma compulsiva como una manera de controlar el medio (Nuñez, 1985).

Existe un perfeccionismo que interfiere con la capacidad, una excesiva devoción en sus actos, en el trabajo y con la insistencia de que los demás actúen sometidos a la propia manera de hacer las cosas.

Los individuos compulsivos tienen restringidas sus emociones cálidas, las relaciones tienen una cualidad formal y seria. (A.P.A, 1984)

Las características de este trastorno se engloban en estos puntos. (A.P.A, 1984)

- a) Perfeccionismo en todo.
- b) Insistencia en que los demás efectúen las cosas a su manera.
- c) Capacidad restringida de la expresión de sus emociones.
- d) Devoción al trabajo, excluyendo al placer y a las relaciones interpersonales.

Cabe señalar que: cuando un individuo, observa en su conducta rasgos de la personalidad que le traen dificultad, sensación de malestar subjetivo y situaciones que le limitan a desenvolverse adecuadamente en todos los aspectos de su vida; puede estar dentro de algún trastorno de la personalidad o del carácter, que trae como consecuencia y por definición alguna incapacidad desde el punto de vista; personal, social, etc.

## CAPITULO II



## **2.1 Concepto de Salud y Enfermedad.**

El ser humano presenta una característica importante: es un organismo, y como tal, tiene ciertas necesidades básicas que deben satisfacerse para que pueda funcionar adecuadamente en cualquier nivel. El hombre, es entonces al igual que cualquier organismo vivo, un ser biológico susceptible de sufrir y experimentar cambios en su naturaleza orgánica. Sin embargo, más allá de su biología, el ser humano es también, un ser psicológico y social que debe funcionar adecuadamente en estos aspectos para estar en armonía y gozar de salud. (San Martín, 1992)

En medicina la palabra "normal" se usa comúnmente como sinónimo de salud. Lo normal se define como el promedio de lo que no se desvía de cierto valor medio. Pero en biología lo normal es algo más que un promedio: un valor normal corresponde a variaciones más o menos finas alrededor de un promedio característico. Cuando una característica estructural o funcional se desvía significativamente de lo normal en forma que produce síntomas no usuales o inconvenientes a nuestra biología, entonces la variación pasa a constituir una "anormalidad" sin que exista una frontera franca entre lo normal y lo anormal. (San Martín, 1992)

Considerar la salud como un estado biológico y psicosocial estático no es realista: la noción de salud implica ideas de variación y adaptación continuas, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y desadaptación. Tanto la salud como la enfermedad presentan síntomas específicos que las distinguen y en estas condiciones, ambos estados se excluyen mutuamente.

Por lo tanto, la salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado. La salud no logra ser un fin en sí misma si no va

acompañada de el goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano, de el disfrute del bienestar, y de su contribución productiva al progreso social. Debido a la variabilidad en cuanto a la definición de la salud y la enfermedad así como al grado en que los diferentes individuos llenan los requisitos de tales definiciones, es difícil lograr un consenso general acerca de quién está sano o enfermo.

Algunas concepciones de lo que es la salud, han sido las siguientes, comenzando por el concepto de la Organización Mundial de la Salud: "La salud es un estado de bienestar completo (físico, mental y social) y no solamente simple ausencia de enfermedad o invalidez" (San Martín, 1992).

Otros autores la conciben de la siguiente manera:

"Salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función y no sólo la ausencia de enfermedad o de invalidez". (Terris, en San Martín 1992).

"El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio". (Dubos, en San Martín, 1992)

"La salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera de la cual toda otra situación es percibida como enfermedad" (Cornillot, 1978, en San Martín, 1992)

Como es posible ver en las definiciones, la salud engloba aspectos subjetivos como: bienestar mental y de adaptación, a la vez aspectos objetivos como: capacidad de trabajo y para funcionar adecuadamente.

Desde un punto de vista biológico, se considera a la salud perfecta como un estado en que cada órgano, opera con suma eficiencia y concordancia con cada uno de los otros órganos.

Desde un perspectiva psicológica, la salud perfecta es un estado en el que el hombre es capaz de enfrentar cualquier contingencia y que se considera en armonía con su medio.

Desde un punto de vista social, la salud perfecta es un estado en el que alcanza el máximo de su productividad laboral, de relación interpersonal, y el desempeño de su mejor papel como individuo.

Es difícil alcanzar la salud perfecta, pero a pesar de ello no todos son considerados como enfermos, es válido pensarse sano y calificarse como tal por el simple hecho subjetivo de "sentirse bien".

Considerando el concepto de salud en términos sociológicos y como condición social, Parsons (1965, en Garty, 1982) afirma que la salud es un requisito funcional de los sistemas, sociales y toda sociedad tiene intereses creados en el mantenimiento adecuado de los niveles de la capacidad de su población a fin de asegurar el desempeño de esas labores fundamentales. Por lo tanto habrá una serie de distinciones entre los estados de los individuos que son y no son "satisfactorios" desde el punto de vista de esas normas.

El fracaso en el cumplimiento de estas normas se considera como deficiencia en la capacidad, y se define como enfermedad. Para Parsons (1965) la definición de salud es: "El estado de capacidad óptima de un individuo para el desempeño efectivo de los papeles y las labores para los que fue socializado". y la enfermedad

se caracteriza por: "Un disturbio atribuido y generalizado de la capacidad del individuo para el desempeño normalmente esperado del papel o la labor, y que no es específico de sus compromisos con ninguna labor, papel, colectividad, norma o valor".

Respecto a los problemas de la salud, la sociedad aplica ciertos criterios para decidir a quién le corresponde la designación de "enfermo". Por lo tanto el grado de desviación de la "salud perfecta" o de la variación en términos de promedio que se requiere para que el individuo sea considerado con "mala salud", difiere de una persona a otra, y depende de quién interviene en la definición. En general, la salud es definida no sólo desde el punto de vista biológico o psicológico, sino como condición social. En consecuencia se puede considerar que la salud es una meta individual y social común a todas las sociedades.

El conocimiento y la importancia de la salud forma parte esencial del hombre mismo, y no debe olvidarse que el paso de la salud a un estado de enfermedad comienza con un período silencioso de incubación válido para todo tipo de enfermedades, período que puede ser muy corto o muy largo.

Lo anterior podemos ejemplificarlo por etapas como lo menciona San Martín, (1992) de la siguiente forma:

**ETAPA 1.-** Cuando recién se insinúa la influencia perturbadora de la adaptación, el proceso ya está activo, pero no tenemos medios para descubrirlo.

**ETAPA 2.-** Es la etapa preclínica, se podrá diagnosticar sólo en el caso que sea posible aplicar todas las técnicas de laboratorio de que hoy se dispone, y si la gente se preocupara de los exámenes periódicos de salud.

**ETAPA 3.-** Ya hay síntomas más o menos manifiestos a los que el paciente puede o no dar importancia y que el médico puede o no descubrir.

**ETAPA 4.-** La desadaptación provoca la reacción interna del organismo (como defensa final) en tal forma que el proceso patológico interfiere con la función normal del organismo y aún con la vida del paciente.

Precisamente la gravedad de una enfermedad depende del grado de interferencia funcional que provoca.

Partiendo entonces de que el paso de la salud a la enfermedad puede ser tan silencioso, es deber del clínico tomar en cuenta todos los datos que el paciente da, con el simple hecho de "sentirse mal".

Es deber del médico de atención primaria guiarlo desde el inicio y a lo largo de la enfermedad, mediante los pasos del razonamiento clínico y de la toma de decisiones, como son:

- 1.- Investigación del síntoma mediante el estudio clínico (historia clínica y exploración física).
- 2.- Práctica de las pruebas de diagnóstico, cada una con su propia precisión y utilidad.
- 3.- Integración de los hallazgos clínicos con los resultados de las pruebas, a fin de valorar las probabilidades del diagnóstico.

4.- Ponderación de los riesgos y beneficios comparativos de las diferentes alternativas de acción.

5.- Determinación de las preferencias del paciente y desarrollo de un plan terapéutico.

Todo esto con el fin de llegar a un preciso diagnóstico que defina en consecuencia la etapa de la enfermedad, y el grado de esta. (Harrison, Thorn, Adams, Braunwald, Iselbacher y Petersdorf, 1981)

Perturbando, el concepto de enfermedad, se entiende como:

Un estado de desequilibrio en el funcionamiento del organismo vivo. La enfermedad no tiene sentido sino en función del hombre tomado como una unidad biológica-psicológica-social. Este proceso al entrar en desequilibrio termina por producir una perturbación de la fisiológica o de la anatomía del individuo. (San Martín, 1992).

## **2.2 Definición de Paciente Crónico.**

La enfermedad crónica es un trastorno de salud que exige un largo período de vigilancia médica, puede existir o no invalidez manifiesta, puede ser estable o evolutiva. (García, De la Vega y Gómez, 1981). La invalidez es debida a una alteración de la eficacia biológica, fisiológica o social del individuo que le impide llevar a cabo sus actividades normales y habituales. Además favorece la invalidez emocional, ya que los factores psicológicos en las enfermedades crónicas suelen ser más complejos comparados con las de una persona "sana"

Con el término de enfermedad crónica se hace referencia a un trastorno de larga duración que puede ser progresivo y de consecuencias graves, que requiere de un tratamiento humano e inteligente. Más de un 75% de las enfermedades de larga evolución se observan entre los 15 y 64 años de edad, esto significa que cada 4 de 5 personas habrán de padecer de una enfermedad crónica. (Bravo, 1981 en Rodríguez, 1984)

La distinción entre "enfermedades agudas" y las "enfermedades crónicas" no siempre es fácil de diagnosticar, requiere de estudio decidir si el caso observado pertenece a unas o a otras.

Las enfermedades agudas son aquellas que por su repentina aparición y rapidez con que cursan no pasan de ser un paréntesis fugaz en la vida del enfermo. Suelen sucumbir ante el tratamiento específico, cuidados especiales y habiendo desaparecido la causa patógena que pudo ser peligrosa.

Las enfermedades crónicas, sin embargo son aquellas en las que el trastorno funcional permanece en el individuo que las padece y necesariamente se incorporan al vivir habitual del enfermo. ¿Donde acaba la enfermedad aguda y donde comienza ésta?

La única característica que las separa, depende de la duración y el hecho de tener que contar con la enfermedad para hacer la propia vida. (Lain, 1982)

En la atención del enfermo crónico el médico debe reunir ciertas características especiales como:

- 1 - Tener amplia experiencia en el conocimiento y tratamiento.

2.- Tener una personalidad sociable y estar pendiente de la evolución natural de la enfermedad.

Se dirige al enfermo crónico explicándole el proceso y su conducta a seguir para lograr una actitud positiva, de lo contrario el efecto sobre el paciente es negativo. Un punto básico es que todo médico que trata a un enfermo crónico debe estar en condiciones de proporcionar información y orientación completa también a la familia. (Harrison, et al, 1981)

Los pacientes con enfermedad crónica a menudo se sienten inferiores, experimentando ser víctimas de un proceso de enfermedad fuera de su control, abandonando las indicaciones sobre sus dietas, ejercicio y medicamentos.

Este patrón de conducta puede llevarlos a una sintomatología más severa.

Las enfermedades crónicas alteran el modo de vivir del paciente y de quienes lo rodean, teniendo que modificar intereses, metas y tipos de vida. Además de abandonar sus actividades normales, el individuo enfermo debe aceptar y tolerar todo lo inherente al tratamiento prescrito para su enfermedad, es decir, aceptar un cambio total en relación con su anterior estilo de vida.

Es posible suponer que las implicaciones sociales de la enfermedad dan origen a cambios y deterioros en la psicología del paciente crónico. La ansiedad suele ser la primera reacción psicológica a una enfermedad, manifestándose como punto de partida para otras reacciones futuras, al saberse enfermo y diagnosticado por una enfermedad que le limitará en su desenvolvimiento como ser humano.



Por esto es tan importante que la reacción de la familia sea la adecuada, sin caer en la sobreprotección y los sentimientos de culpa, que en nada ayudan al paciente. La enfermedad crónica debe ser entendida como un proceso en el cual su expresión es preponderantemente orgánica y funcional, pero el cuadro clínico intenso abarca también su expresión psicológica y personal del enfermo.

La enfermedad crónica puede ser resultado de cronificarse una enfermedad aguda, por ejemplo: en el asma bronquial a cuadro enfisematoso, o una secuencia de infección de amígdalas, conducir posteriormente de un mal tratamiento a una cardiopatía reumática. (Lain, 1982).

Por esto, es evidente que el médico debe hacer caso de todos los reportes que le da el enfermo acerca de cualquier malestar por muy sencillo o simple que parezca ser.

Cabe señalar que:

- 1.- La enfermedad crónica es un trastorno de larga duración en el que puede existir invalidez en cuanto a la alteración biológica y psicosocial del individuo, que le limita en algún grado, llevar a cabo sus actividades normales.
- 2.- La atención médica al paciente crónico deber ser eficiente y humana.
- 3.- El enfermo requiere de toda la comprensión de quienes le rodean, ayudados por el equipo médico.
- 4.- La enfermedad crónica es una afección psicoorgánica radicalmente individual y personal.

5.- El clínico debe conocerla técnicamente en cuanto a su avance e intensidad.

### **2.3 La Personalidad del Paciente Crónico.**

La repentina aparición de cualquier afección, o bien la evolución de una enfermedad prolongada, naturalmente provoca reacciones no sólo de índole biológico, sino también psicológicas. Las personas que padecen una enfermedad crónica cambian como se ha visto su modo de vida, y tienen dificultad para adaptarse en este proceso, dando como consecuencia cambios importantes en su personalidad. Cada enfermo adopta una visión particular de su propia enfermedad y esto depende fundamentalmente de la estructura de su personalidad. (Brener, 1976)

A pesar de lo importante que es conocer los cambios psicológicos producidos y coadyuvantes a un trastorno orgánico/funcional, existen limitaciones por los escasos estudios en el paciente crónico.

Lo poco que se ha escrito al respecto lleva a reflexionar que aún con todos los avances de la ciencia y la tecnología, la modernidad en las especialidades y disciplinas se siguen centrando los estudios en función de lo somático, descuidando los aspectos emocionales y de adaptación psicosocial del enfermo.

Puesto que el enfermo sufre alteraciones orgánicas, es claro ver que se siente amenazado por sus síntomas, al grado de que sus áreas de ajuste personal se encuentren perturbadas de un grado menor a otro mayor. (Brener, 1976)

Una enfermedad crónica, invalidante, desencadena o intensifica los aspectos psicológicos de quién la padece. Los ajustes psicológicos o las defensas

de la situación de enfermedad se usan para llevar al mínimo los efectos desagradables y colaterales de la enfermedad. (Brener, 1976)

La personalidad del enfermo crónico se caracteriza por un temor a:

- 1.- La pérdida de libertad, ya que depende de estar sujeto a horarios para la ingesta de medicamentos y tratamientos en el hospital.
- 2.- Al abandono o rechazo de sus seres queridos, esto más que nada por falta de comprensión de su padecimiento.
- 3.- Sufre los problemas económicos, con mayor razón si era el jefe de la familia que daba sustento.
- 4.- Pierde la estimación a su persona.
- 5.- Teme que sus relaciones con los que le rodean, familiares y amigos cambien, estando en desventaja por no poderse manejar como lo hacía antes de su enfermedad.

Como ya se mencionó, el enfermo, adquiere una manera específica e individual de comportarse y, según Tellez (1983) responde a los problemas en función de:

- A.- Su personalidad previa.
- B.- Su imagen corporal.

C.- Su experiencia en enfermedades pasadas.

D.- Su conocimiento y concepto sobre la enfermedad actual.

E.- Su idea sobre el comportamiento de su familia con respecto a él.

F.- Su idea sobre la actitud del médico y los otros miembros del equipo sanitario.

Por otra parte la enfermedad moviliza los mecanismos de defensa (descritos magistralmente por Anna Freud, 1983) cuya misión es el mantenimiento de un equilibrio satisfactorio, de una homeostasis psicológica que permita al yo funcionar lo más adecuadamente posible. Schneider, (1974) explica:

La movilización de los mecanismos de defensa en la enfermedad tienen como fin:

- 1.- Luchar contra la angustia que desencadenó la amenaza ligada con la enfermedad
- 2.- Y establecer un nuevo modo de relación del hombre enfermo con el mundo y consigo mismo.

Para lidiar con la angustia que le provoca la enfermedad crónica el paciente tiene que armar su personalidad de todos los recursos posibles para poder ajustarse.

Algunos de los mecanismos de defensa que el autor menciona que se presentan en el paciente crónico como reacción a la enfermedad son: la regresión, la formación reactiva, y la negación, y funcionan así:

**Regresión.-** "La enfermedad hizo de mí un niño, que se ocupen de mí", el paciente abandona sus actividades y deja que se ocupen de él por la "enfermera-madre".

En ocasiones la regresión se manifiesta por la formación reactiva en el movimiento regresivo, significando que el paciente deje su pasividad-dependencia, defendiéndose y volcándose agresivo.

Otros enfermos pueden hacer la regresión desde el punto de vista oral y exigen su alimento mostrando descontento o solicitando más.

**Formación Reactiva.-** "Quieren hacerme daño". Por ejemplo: el individuo que tiene que guardar cama por un período prolongado se rebela, en lugar de mostrarse amable como lo era antes de caer enfermo.

Nunca está satisfecho de los cuidados que le brindan. Se vuelve claramente agresivo y desagradable, de esta manera pone una distancia a la angustia de su enfermedad.

**Negación.-** En realidad es un mecanismo psicológico que se observa casi siempre en muchas afecciones.

Se niega la evidencia de las informaciones que se le puedan dar, y simplemente pasa por alto la gravedad de su enfermedad, ayudándose a soportar mejor la angustia y los cuidados que ésta implica.

**Aislamiento.** - El aislamiento se intercala entre el reconocimiento de la enfermedad y los sentimientos que ésta entraña, que están reprimidos y cuya expresión ha dejado de ser posible, por la angustia que provoca.

Se pueden dar diversos mecanismos de defensa y manifestaciones, y es claro que el enfermo reaccionará a su enfermedad con alguno(s) de ellos y dependiendo de su estructura de personalidad, pudiendo establecer que cuando los mecanismos fallan, se observa la aparición de verdaderas patologías. Otros reaccionan con grandes depresiones o fases ansiosas, entrando ya a campos psicopatológicos que necesitan de apoyo psicoterapéutico. Teñez (1983), menciona que los esquemas de reacción emocional presentados con más frecuencia en los pacientes crónicos son:

Depresión

Ansiedad

Hostilidad y Agresividad

Dependencia

Culpa

Hipocondría

Entendiendo estos puntos, cabe señalar que el paciente crónico hallándose limitado por su enfermedad presenta un cambio en su personalidad, el cual generalmente no es estudiado y atendido.

El impacto de una enfermedad crónica que sufre el paciente, así como una hospitalización prolongada por un proceso orgánico alterado, requiere de más atención en los factores psicológicos que se ven asociados

## CAPITULO III

### 3.1 Problema.

¿Cuál es el grado de ajuste de la personalidad del paciente crónico hospitalizado?

### 3.2 Objetivo General.

- Conocer el grado de ajuste de la personalidad del paciente crónico hospitalizado.

### 3.3 Objetivos Específicos.

- 1) Conocer el grado de ajuste del paciente crónico hospitalizado en cada uno de los siguientes aspectos: personal, familiar, social, y sexual o si presenta comportamiento patológico.
- 2) Evidenciar la necesidad o no de implantar un tratamiento psicológico al paciente crónico hospitalizado.

### 3.4 Población y Muestra.

En la presente investigación se trabaja con un grupo de 30 pacientes hospitalizados, con enfermedades catalogadas como crónicas. La muestra presenta las siguientes características:

Sexo \_\_\_\_\_ femenino o masculino

Nacionalidad \_\_\_\_\_ mexicana.



Edad \_\_\_\_\_ de 20 a 30 años.

Ocupación \_\_\_\_\_ empleados o estudiantes.  
(circunstancia por lo cual tienen  
derecho al servicio médico en la  
en la Institución Médica  
Pública).

Nivel Socioeconómico \_\_\_\_\_ Medio.

Estado Civil \_\_\_\_\_ Indistinto.

Evolución de la enfermedad \_\_\_\_\_ de tres años en adelante.

Además, se cuidó que los pacientes de la muestra no hubieran estado en  
tratamiento psicológico previo, para no restar relevancia a los datos obtenidos.

### 3.5 Obtención de datos.

El instrumento psicológico aplicado fué el: Cuestionario Investigativo de la  
Personalidad. (C.I.P.), de Miguel Angel Escotet (1960).

El primer paso en el desarrollo de la prueba denominada Cuestionario  
Investigativo de la Personalidad (C.I.P.) consistió en la selección de las preguntas y  
proposiciones que la integran, para ello, se consultaron los siguientes cuestionarios:

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I)

Rogers Test of Personality Adjustment

### **Cuestionario SN 59**

#### **Bernreuter Personality Inventory**

**Inventario de Preferencias Personales de M. Bell.**

**y algunos otros más.**

Además se hizo una encuesta entre estudiantes universitarios, alumnos de bachillerato y normalistas, como también adultos de cultura media y superior, encaminada a determinar los elementos considerados por ellos como principales problemas de su vida.

Con base en estos resultados se seleccionaron 260 preguntas, para más tarde rebajar el número de ítems a 160, quedando integrado definitivamente por 140 ítems. La confiabilidad del cuestionario se determinó por la fórmula de Guttman, con la correlación por la fórmula de Spearman-Brown resultando el coeficiente igual a 0.89; para esta correlación se utilizó el método de "split-half".

A su vez, la validez de contenido fué obtenida mediante correlación entre el C.I.P. y otras pruebas. Los resultados más significativos encontrados son: C.I.P. - M.M.P.I., con un coeficiente  $r = 0.77$  de promedio entre las diferentes áreas, y C.I.P. - SN 59 con un coeficiente de  $r = 0.72$  para el cual Cuociente Tensional.

Por otra parte, la consistencia interna del instrumento fué estimada a través del coeficiente Alfa KR - 20 = 0.92, incluyendo la obtención de los valores "p" para las proposiciones y la varianza de las mismas, que determinan que el C.I.P. tiene una alta confiabilidad.

Se trata de una prueba destinada a explorar y medir la "problemática" de la personalidad expresada en manifestaciones de conducta y relacionada con los siguientes aspectos:

Comportamiento personal, familiar, social, sexual y el comportamiento patológico; así como también califica la sinceridad con que el examinado actúa frente a la prueba.

Puede ser aplicada de manera individual o colectiva, como también autoadministrarse. Es aplicable a personas de ambos sexos y generalmente ha sido empleada para población adolescente o adultos entre 20 y 28 años. La prueba no tiene límite de tiempo, más en la mayoría de los casos 30 minutos son suficientes.

Esta prueba quedó integrada en su última revisión por 140 ítems de los cuales, 40 corresponden al área personal y los restantes, a razón de 20 ítems, para las áreas familiar, social, sexual, comportamiento patológico y calificar la sinceridad de las contestaciones. El autor del C.I.P., describe las áreas así:

#### Comportamiento Personal (P)

Una persona con un alto puntaje en esta área manifiesta desajuste con respecto a su personalidad, puede implicar un alto grado de desconfianza en sí misma, poca comprensión del mundo que la rodea, poca aceptación de la realidad circundante. Esta área trata de descubrir aquellos desajustes que incumben la intimidad de la persona. Si el puntaje es bajo, la interpretación considera a la persona ajustada desde el punto de vista personal.

#### Comportamiento Familiar (F)

Esta área muestra las actitudes del individuo frente a su hogar, sus padres o hermanos, el sentido de satisfacción o insatisfacción que se deriva de sus relaciones familiares. Si el puntaje supera la media, revela desajuste.

#### Comportamiento Social (S)

Revela un puntaje alto la poca facilidad de desenvolverse en situaciones sociales, relaciones insatisfactorias con sus compañeros, amigos. A menudo se califica a esta persona como tímidas o apocadas.

#### Comportamiento Sexual (Sx)

Trata de descubrir las posibles desviaciones sexuales y en términos generales, la problemática sexual del individuo.

#### Sinceridad (S)

Esta área no muestra desajuste, su finalidad es comprobar la validez de las respuestas dadas, cuando el puntaje supera a la media.

Tanto la confiabilidad como la validez de la prueba están debidamente apoyadas, dando consistencia al instrumento. cuyas ventajas principales son:

- 1) Determinar si se trata de una persona ajustada al medio desde un punto de vista global de su personalidad.
- 2) En caso de que la persona tenga problemas, la prueba los reflejará dentro del área o áreas correspondientes.

3) Los datos obtenidos sirven para iniciar un estudio más a fondo de la personalidad, pudiendo ser de utilidad para las entrevistas dirigidas posteriores con el examinado.

4) El C.I.P. ofrece la posibilidad de integrar los resultados de cada área en lo que se ha denominado: "Cuociente Tensional", ésta es la valoración conjunta de la personalidad, apreciándose en grado de ajuste o desajuste. El puntaje obtenido por la suma del resultado en lo personal, familiar, social y sexual, se lleva a la tabla de conversión, donde el examinado queda en alguno de los grupos siguientes:

- a) Personalidad normalmente ajustada; cuando el resultado es inferior a 1.00
- b) Personalidad levemente desajustada: cuando el resultado oscila entre 1.00 y 1.50
- c) Personalidad medianamente desajustada: el resultado oscila entre 1.50 y 2.00
- d) Personalidad fuertemente desajustada: cuando el resultado está entre 2.00 y 2.50

Una vez obtenidos los puntajes, se trasladan al perfil masculino o femenino, según corresponda el examinado.

### 3.6 Tipo de Investigación.

La presente investigación es un estudio de campo, ya que está centrado en una variable independiente (enfermedad crónica) y en un espacio (hospital) en donde el manejo de la misma y el campo de acción no se tienen totalmente controlados, como podría ser una situación experimental. El marco de referencia psicológico en el que se basa está dado en el hecho de que la conducta o respuesta de las

personas, (en este caso pacientes crónicos) está influida por su medio y por las diferentes situaciones a que se enfrenta.

### **3.7 Nivel de investigación.**

El nivel de la investigación es descriptivo, ya que los resultados que arroja son aplicables a un determinado sector de pacientes con similares características. Por lo tanto es de carácter descriptivo, ya que los aspectos de la personalidad estudiados, no han sido suficientemente tratados en este grupo de personas.

### **3.8 Diseño.**

El diseño que más se ajusta para esta investigación es cuasi-experimental, del tipo ex-post-facto, ya que en la misma, la variable independiente (enfermedad crónica), está ya dada de manera implícita en los sujetos estudiados, siendo no manipulable en un sentido estricto.

### **3.9 Procedimiento.**

La investigación se llevó a cabo con pacientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza, por tener en hospitalización la afluencia de pacientes necesarios para la realización del estudio. Los pacientes estudiados fueron seleccionados por medio de su expediente clínico, para detectar aquellos cuyo diagnóstico y características fueran las idóneas para la investigación.

En un espacio de tiempo oportuno para el paciente, antes del horario de visita familiar y después de la visita médica, se les comentaron los objetivos del estudio a grandes rasgos, y se les pidió que contestaran el cuestionario del instrumento

empleado, que por sus características permite al paciente completarlo sin mucho problema de forma individual y sin invertir tanto tiempo que les pudiera impedir continuar con su tratamiento médico.

Explicándoles las instrucciones a cada uno, se les entregaba la hoja de respuestas, cuestionario y pluma, para que ellos contestaran en su misma cama. Se les hizo hincapié de que todas las preguntas fueran contestadas.

### **3.10 Análisis Estadístico.**

Los resultados se manejan de forma no paramétrica, sino porcentual, tomando en cuenta que el instrumento psicológico empleado facilita la obtención de los mismos mediante percentiles, en donde el percentil 50 equivale a la media o norma general. Es decir que cuando se trate de percentiles superiores al 50, el desajuste es proporcionalmente más alto a medida que el percentil es mayor, o bien si el percentil es inferior a 50, el ajuste será tanto mayor cuanto más se acerque al 0. De esta manera se pueden observar los cambios en grados de ajuste, trasladando los resultados de manera individual y global mediante el uso de porcentajes que permite su interpretación.

## CAPITULO IV



#### 4.1 Presentación de Resultados

El cuadro 1 muestra los resultados de los puntajes brutos obtenidos por cada paciente en las cinco áreas estudiadas, además se agrega el puntaje que valora la sinceridad ante la prueba de las respuestas dadas.

Aquí el asterisco indica el área de los pacientes cuyo puntaje bruto es alto respecto a la norma, señalando además el número de veces que se presenta y el porcentaje.

El cuadro 2 corresponde a los puntajes brutos de los mismos pacientes convertidos a percentiles.

Considerando los datos obtenidos en este cuadro de percentiles, es posible observar que los resultados en las áreas donde se presenta desajuste se dispersan o desvían de la media, marcada por 50 percentiles, de la siguiente manera:

En lo personal, el paciente que presenta el percentil más alto es 80, desviándose por 30 percentiles de la media; siendo el más bajo de 57, desviándose por 07.

En lo familiar, el paciente que presenta el percentil más alto es 90, desviándose por 40 percentiles de la media; siendo el más bajo desajuste de 56, desviándose por 06.

En lo social, el paciente que presenta el percentil más alto es 92, desviándose por 42 percentiles de la media; siendo el más bajo desajuste de 53, desviándose por 03.

En lo sexual, el paciente que presenta el percentil más alto es 80, desviándose por 30 percentiles de la media; siendo el más bajo desajuste de 70, desviándose por 20.

En el comportamiento patológico, el percentil más alto es 85, desviándose de la media 35; siendo el más bajo de 56, desviándose por 6.

También otra parte de resultados, son los que están anotados en el cuadro 3 que son los valores que indican el puntaje obtenido del cociente tensional, (C.T.T.) una vez que son llevados a la tabla de conversión que la prueba da.

Para obtenerlo se aplica la fórmula:

$$\frac{P + F + Sx + S}{40} = C.T.T.$$

Y por último el cuadro 4 presenta el resultado global manejado en porcentajes.

		AREA	AREA	AREA	AREA	AREA COMPORT	SINCERIDAD EN
		PERSONAL	FAMILIAR	SOCIAL	SEXUAL	PATOLOGICO	LA PRUEBA
1	FEM / 24 AÑOS	5	4	4	2	0	19
2	FEM / 30 AÑOS	32*	5	6	6	10*	17
3	MASC / 22 AÑOS	4	1	2	3	2	14
4	MASC / 27 AÑOS	14	6	11	3	7	15
5	MASC / 23 AÑOS	12	4	8	8	3	16
6	FEM / 29 AÑOS	25*	7	7	12*	7	13
7	FEM / 20 AÑOS	27*	14*	10	4	9*	14
8	FEM / 30 AÑOS	16	3	4	6	6	15
9	FEM / 25 AÑOS	9	2	4	1	2	15
10	MASC / 30 AÑOS	8	2	7	4	3	13
11	FEM / 30 AÑOS	9	3	7	2	5	8
12	FEM / 20 AÑOS	22*	3	11*	6	14*	14
13	FEM / 30 AÑOS	5	2	5	2	2	11
14	MASC / 29 AÑOS	15	4	12*	3	1	13
15	FEM / 28 AÑOS	6	2	4	5	2	8
16	FEM / 29 AÑOS	19	8	5	6	4	18
17	FEM / 23 AÑOS	10	3	1	2	1	12
18	FEM / 28 AÑOS	19	11*	14*	3	5	18
19	FEM / 29 AÑOS	5	1	5	2	3	12
20	FEM / 21 AÑOS	10	3	8	2	3	14
21	FEM / 26 AÑOS	29*	19*	19*	8	10*	18
22	MASC / 30 AÑOS	19	10	11	10	5	19
23	FEM / 30 AÑOS	17	12*	8	8	6	19
24	FEM / 29 AÑOS	17	5	9	14*	8*	16
25	FEM / 30 AÑOS	14	18*	5	5	5	13
26	MASC / 26 AÑOS	19	5	14*	15*	11*	15
27	FEM / 30 AÑOS	24*	6	12*	4	10*	15
28	MASC / 26 AÑOS	13	2	10	5	3	18
29	MASC / 28 AÑOS	7	3	10	7	4	14
30	FEM / 23 AÑOS	13	14*	10	7	7	19
		6*	6*	6*	3	7	
		20%	20%	20%	10%	23%	

CUADRO I PUNTAJES BRUTOS DE CADA UNA DE LAS AREAS

		AREA	AREA	AREA	AREA	AREA COMFORT	SINCERIDAD EN
		PERSONAL	FAMILIAR	SOCIAL	SEXUAL	PATOLOGICO	LA PRUEBA
1	FEM / 24 AÑOS	20	17	21	12	0	90
2	FEM / 30 AÑOS	85	20	26	38	70	79
3	MASC / 22 AÑOS	11	2	13	15	13	66
4	MASC / 27 AÑOS	31	25	50	15	50	65
5	MASC / 23 AÑOS	25	14	35	40	25	71
6	FEM / 29 AÑOS	66	31	34	70	50	42
7	FEM / 20 AÑOS	72	71	50	30	65	55
8	FEM / 30 AÑOS	40	13	20	33	44	63
9	FEM / 25 AÑOS	20	11	21	10	15	63
10	MASC / 30 AÑOS	19	8	27	20	25	49
11	FEM / 30 AÑOS	20	13	34	16	39	25
12	FEM / 20 AÑOS	57	13	55	38	85	55
13	FEM / 30 AÑOS	13	11	25	16	15	34
14	MASC / 28 AÑOS	35	14	53	15	11	49
15	FEM / 25 AÑOS	14	11	21	34	15	25
16	FEM / 25 AÑOS	49	37	25	33	34	84
17	FEM / 23 AÑOS	23	13	4	15	13	39
18	FEM / 28 AÑOS	49	56	69	22	34	84
19	FEM / 29 AÑOS	13	5	25	16	25	34
20	FEM / 21 AÑOS	23	12	41	16	26	55
21	FEM / 28 AÑOS	79	55	92	46	56	84
22	MASC / 30 AÑOS	48	50	49	45	39	89
23	FEM / 30 AÑOS	41	65	42	46	43	90
24	FEM / 28 AÑOS	41	20	47	80	60	84
25	FEM / 30 AÑOS	31	90	25	33	34	42
26	MASC / 28 AÑOS	47	20	64	74	74	64
27	FEM / 30 AÑOS	62	26	60	30	70	63
28	MASC / 26 AÑOS	39	8	46	21	25	84
29	MASC / 28 AÑOS	17	11	50	34	34	56
30	FEM / 23 AÑOS	30	71	45	34	49	89

CUADRO 2 PUNTAJES CONVERTIDOS A PERCENTILES

	NORMALMENTE AJUSTADA	LEVEMENTE DEAJUSTADA	MODERAMENTE DEAJUSTADA	FUERTEMENTE DEAJUSTADA
1	0.37			
2		1.22		
3	0.25			
4	0.86			
5	0.80			
6		1.27		
7		1.37		
8	0.72			
9	.040			
10	0.52			
11	0.52			
12		1.06		
13	0.36			
14	0.66			
15	0.42			
16	0.95			
17	0.40			
18		1.17		
19	0.32			
20	0.57			
21			1.87	
22		1.25		
23		1.12		
24		1.12		
25		1.06		
26		1.32		
27		1.15		
28	0.75			
29	.067			
30		1.17		

CUADRO 3 RESULTADOS INDIVIDUALES DEL CUOCIENTE TENSIONAL C.T.T.

	No. PACIENTES	PORCENTAJE
PERSONALIDAD NORMALMENTE AJUSTADA	17	56.66%
PERSONALIDAD LEVEMENTE DESAJUSTADA	12	40%
PERSONALIDAD MEDIANAMENTE DESAJUSTADA	1	3.33%
PERSONALIDAD FUERTEMENTE DESAJUSTADA	0	0%

CUADRO 4 INTERPRETACION DEL CUOCIENTE TENSIONAL C.T.T.

## 4.2 Interpretación de Resultados.

Por los resultados obtenidos en la prueba empleada, se observa que el 43.33% de los pacientes crónicos hospitalizados estudiados, presentan desajuste global. Alguna o algunas de las áreas manejadas en esta investigación, en los aspectos: personal, familiar, social, sexual y comportamiento patológico están desajustadas en dichos sujetos. Los resultados se analizan en el orden en que las áreas son calificadas.

En el área personal, se presenta desajuste en un 20% de la muestra, debido a que el enfermo manifiesta poca estabilidad y madurez personal. La persona madura requiere de adaptación y flexibilidad constantes. (Allport, 1961, en Dicaprio, 1993)

La enfermedad le impide al individuo adquirir la seguridad emocional necesaria para desempeñarse adecuadamente, presentando poca confianza en sí mismo y baja aceptación de su persona, como es posible observar en algunas de las respuestas dadas en la prueba, por ejemplo:

- 2) Me siento frecuentemente desdichado.....acuerdo
- 20) Con frecuencia tengo deseos de no ver a nadie.....acuerdo
- 73) Tengo la sensación de que a nadie le importa lo que yo hago.....acuerdo
- 102) Estoy seguro que la vida me trata duramente.....acuerdo

Rogers, (1961, en Dicaprio, 1993) explica que las personas plenamente funcionales experimentan un sentido de libertad y de autodeterminación que les permite desarrollarse. El enfermo crónico no tiene la facilidad de sentirse libre y funcional por estar sometido a sus constantes tratamientos y hospitalizaciones.

Por lo que los aspectos de identidad personal, superación y desarrollo son afectados, manifestándose con un sentimiento de minusvalía e inferioridad.

Otra área que revela desajuste es la familiar en un 20% de la muestra, aquí el resultado refleja que también la familia es una base importante para guardar ajuste o no, en quienes la integran.

El paciente crónico hospitalizado refleja desajuste por no sentir suficiente apoyo y protección en su familia, impidiéndole asumir adecuadamente el papel que le corresponde en ella al no sentirse plenamente identificado e integrado.

El paciente crónico, por su estado de relativa indefensión requiere de más apoyo de su familia, esta área es una de las más importantes, ya que si el paciente que no se siente comprendido por sus familiares, es más fácil que pierda el interés por mejorarse.

Algunas de las respuestas dadas por los pacientes son:

- 6) Las relaciones con mis padres son generalmente buenas.....desacuerdo
- 36) Yo fui la "oveja negra" de la familia.....acuerdo
- 62) Tengo momentos en que me siento como un extraño en mi hogar.....acuerdo



En el área social, en un 20% de la muestra se presenta desajuste, éste resultado se justifica, si se toma en cuenta que los pacientes crónicos a menudo se sienten víctimas de un proceso de enfermedad que escapa de su control, alterando su modo de vivir y de quienes lo rodean, teniendo que modificar intereses y tipos de vida, abandonando sus actividades normales para enfrentarse a un cambio total; por ello las implicaciones sociales de la enfermedad propician que el individuo tienda a aislarse en algunos de los casos.

La persona que enferma en estado agudo o de manera circunstancial, tiene que retirarse de su trabajo y de su habitual estilo de vida el tiempo necesario para recuperarse, para luego volver a continuar sus labores; sin embargo, el enfermo crónico, tiene que vivir con su enfermedad y a pesar de su padecimiento, hacer su propia vida, cambiando actitudes y metas, por lo que es factible suponer que su personalidad y su papel social se van alteradas.

La influencia del contexto social y del grupo en que está inmerso el individuo es determinante en la conducta y personalidad de éste; el enfermo crónico depende más de quienes lo rodean, por lo cual a veces se siente disminuido y es más vulnerable a la crítica social.

Las actitudes sociales pueden tener una función de ego-defensa, dicha función proporciona protección acerca de la vulnerabilidad del humano con respecto a situaciones desagradables como la enfermedad y la muerte. Los mecanismos mediante los cuales el individuo se protege a sí mismo de las tensiones y angustias, asociadas a motivos inaceptables y amenazas atemorizantes, se conocen como mecanismos de defensa del yo. (Mann, 1993).

El paciente crónico al vivir continuamente amenazado por su enfermedad, altera su personalidad y ajuste social.

Algunas de las respuestas que se presentan en ésta área con más frecuencia son:

- 17) Frecuentemente me siento aburrido estando en compañía de otros .....acuerdo.
- 50) Me desagrada estar en primer plano en las relaciones sociales.....acuerdo.
- 59) Me siento confundido dentro de la muchedumbre.....acuerdo.
- 76) Es preferible desconfiar de todos o de casi todos.....acuerdo.

En el área sexual, aunque con menos porcentaje, con el 10%, el paciente crónico presenta desajuste, ya que la conducta sexual no puede ser expresada de manera espontánea y libre, mostrando inhibición y disgusto.

El paciente crónico refleja en sus respuestas dificultad para desenvolverse en este terreno, a lo que contesta en la prueba de la siguiente manera, entre otras:

- 13) Mi vida sexual es normal.....desacuerdo.
- 15) He tenido dificultades en mi vida sexual.....acuerdo.
- 41) Me perturba mi sexualidad..... acuerdo
- 98) Los temas sexuales me disgustan.....acuerdo.

125) Quisiera liberarme de mis complejos acerca del sexo.....acuerdo

Y por último, el área que valora el comportamiento patológico presenta el mayor porcentaje con un 23% de sujetos desajustados en la muestra estudiada, indicando con este resultado, que el enfermo crónico al no sentirse adaptado a nivel personal, con su familia, con su sociedad y en el terreno de la sexualidad, es susceptible de presentar algún tipo de comportamiento patológico por el fallo de adecuados mecanismos de defensa que lo protejan de la angustia y la amenaza de muerte, manifestando temores, ansiedad y depresión, como lo reflejan sus respuestas en la prueba.

47) Tengo terror a la obscuridad.....acuerdo.

68) Creo que alguna vez han tratado de envenenarme.....acuerdo.

84) Algunas veces me he sentido triste.....acuerdo.

132) Me despierto fácilmente con pesadillas o sobresalto.....acuerdo.

Por todo esto, se observa que efectivamente el paciente crónico requiere de ayuda en cierto porcentaje, en cada una de las áreas manejadas por el instrumento.

El resultado global obtenido en esta investigación revela que el paciente crónico aunque tenga desajuste en alguna área, tiene ajuste en otras áreas, por eso al detectar el área problema, se les puede brindar el apoyo psicológico del que carecen.

## CONCLUSIONES

- 1.- Las principales causas que determinan la personalidad del individuo están centradas generalmente en las experiencias infantiles y en las influencias culturales-ambientales que modifican su biología, y que conducen a la persona a tener una orientación específica en su vida.
- 2.- En el caso de que el individuo no se ajuste a su medio, éste manifiesta en su conducta rasgos de algún trastorno de la personalidad, que le limitan a desenvolverse adecuadamente en todos los aspectos de su vida, perdiendo su salud en términos generales.
- 3.- La salud bio-psicosocial, es una meta individual y social común en todas las sociedades, que si no es fomentada y cultivada, producen en el individuo un estado patológico.
- 4.- La enfermedad vista orgánicamente, es un estado de desequilibrio en el funcionamiento del organismo. Este proceso al entrar en desequilibrio termina por producir una perturbación.
- 5.- La enfermedad crónica debe ser entendida como un proceso en el cual su expresión es preponderantemente orgánica y funcional, pero el cuadro clínico intenso abarca también su expresión psicológica y personal del enfermo.
- 6.- El paciente crónico que constantemente está hospitalizado, adquiere una manera específica e individual de comportarse y responde a su medio en función del ajuste o desajuste de su personalidad.

7.- El paciente crónico hospitalizado en este estudio, muestra desajuste en un porcentaje global de 43.33%, contra un 56.66% en donde se presenta ajuste.

8.- El 23% de los sujetos presentan comportamiento patológico y el 20% desajuste en las áreas personal, familiar y social y el 10% desajuste en el área sexual. Estos resultados indican la necesidad de un tratamiento psicológico para estos pacientes, y que el instrumento utilizado detecta el área en que la atención es más necesaria.

9.- Es conveniente que todos los pacientes crónicos dispongan de atención psicológica en caso de necesitarla o deseársela, pues el dolor físico, el temor a la muerte y el tipo de vida al cuál requieren ajustarse y adaptarse les crea ansiedad, depresión y enojo, emociones que no le son fáciles de manejar adaptativamente por sí mismos, por lo cuál la ayuda profesional es de suma importancia a fin de mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

## LIMITACIONES

1) Una de las principales limitaciones en esta investigación es que no se tienen las características de personalidad del paciente previas a la enfermedad crónica, para a partir de estas, poder interpretar los resultados con mayor eficiencia, al inferir que el desajuste presentado por el paciente se debe a causa de dicho padecimiento crónico.

2) La muestra tomada fue pequeña, por no poder tener disponibles tantos enfermos con las características señaladas para el estudio, ya que en su mayoría, los pacientes crónicos del Hospital de Especialidades del Centro Médico de la Raza, son de mayor edad y quedan fuera de la población estudiada.

3) El estudio tiene un carácter descriptivo, por ser un acercamiento a un problema poco estudiado, por ello, no hay otro punto de comparación con otras investigaciones, que encamine a confirmar los resultados aquí señalados.

4) El estudio se basa en pacientes hombres y mujeres, sin separar las diferencias de personalidad y actitud que pudieran tener entre los dos.

5) Los resultados obtenidos solamente se aplican a la muestra estudiada.

## SUGERENCIAS

- 1) Proponer un estudio comparativo de pacientes crónicos hospitalizados entre hombres y mujeres, para resaltar, o bien observar las posibles diferencias encontradas en ambos grupos, con respecto al manejo de su enfermedad, utilizando el mismo instrumento psicológico.
- 2) Estudiar comparativamente al paciente crónico, tanto al que está hospitalizado, cómo al que acude sólo a la consulta externa, para ver las diferencias o no de estos dos grupos; en cuanto a su ajuste de la personalidad.
- 3) Investigar a este sector de pacientes, con otros estudios e instrumentos para tener sus características de personalidad, y probablemente compararlas con el ajuste que estos tengan en el manejo de su enfermedad.
- 4) Investigar el ajuste o desajuste comparando grupos con diferentes diagnósticos y edades.
- 5) Investigar en muestras más grandes.
- 6) Comparar muestras como la estudiada con grupos control.

## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III. Editorial Masson. México, 1984.
- BRENER, A. Algunas características de personalidad del paciente en tratamiento hemodialítico. Tesis de Licenciatura en Psicología Universidad Nacional Autónoma de México, 1986.
- CALVIN, S. La teoría de la personalidad. Editorial Paidós. México, 1991.
- DICAPRIO, N. Teorías de la personalidad. Editorial Mc Graw Hill. México, 1993.
- ESCOTET, M. Cuestionario Investigativo de la Personalidad. Editorial Manual Moderno, Colombia, 1980.
- EY, H.; BERNAD, P. y BRISSET, CH. Tratado de psiquiatría. Editorial Masson. México, 1986.
- GARCIA, M.; DE LA VEGA, R. y GOMEZ, T. El enfermo crónico, su familia y atención a nivel de contacto primario. Tesis de postgrado en Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, 1981.
- GARTLY, E. Pacientes, médicos, enfermedades. Colección Salud y Seguridad Social. Serie manuales básicos y estudios México, 1982.



HARRISON, THORN, G.; ADAMS, R.; BRAUNWALD, E.; ISELBACHER, K. y  
PETERSDORF, R. Medicina interna. Editorial La Prensa Médica.  
Mexicana. México, 1981.

LAIN, P. Diagnóstico médico. Editorial Salvat. México, 1982.

LAING, R. El cuestionamiento de la familia. Editorial Paidós Barcelona, 1986.

MANN, L. Elementos de psicología social. Editorial Limusa. México, 1993.

MASTERS, W.; JOHNSON, V. y KOLODNY. La sexualidad humana. Editorial  
Grijalbo. México, 1987.

MC GUIGAN, F. Psicología experimental. Editorial Trillas. México, 1991.

NUÑEZ, R. Integración del estudio psicológico. Editorial Manual Moderno.  
México, 1985

RODRIGUEZ, H. Enfermedades crónicas y sus repercusiones psicosociales.  
Tesis de postgrado en Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.  
1984

SALAZAR, J.; MONTERO, M.; MUÑOZ, C.; SANCHEZ, E.; SANTORO, E.; y  
VILLEGAS, J. Psicología social. Editorial Trillas. México, 1992.

SAN MARTIN H. Salud y enfermedad. Editorial La prensa Médica Mexicana.  
México. 1992.

SCHNEIDER, P. Psicología aplicada a la práctica médica. Editorial Paidós.  
Buenos Aires, 1974.

TELLEZ, R. El paciente crónico como causa de disfunción familiar. Tesis de  
Postgrado en Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, 1983.

## **ANEXO 1**

### **Presentación del Cuestionario Investigativo de Personalidad de Escotet.**

1. Me cuesta conciliar el sueño .....
  2. Me siento frecuentemente desdichado .....
  3. Me es difícil hablar en público .....
  4. Me siento aburrido gran parte del tiempo .....
  5. Uno de mis padres pierde (perdía) la paciencia con frecuencia .....
  6. El trato de mi padre hacia mí es muy bueno y adecuado .....
  7. Siento (sentía) gran temor de desprenderme de la tutela de mis padres .....
- 
8. Las relaciones con mis padres son generalmente buenas .....
  9. Me preocupa enormemente el contagio de alguna enfermedad .....
  10. Me siento como si fuese un enviado especial de un ser sobrenatural .....
  11. Tengo momentos en que pierdo la noción total de lo que estoy haciendo .....
  12. Frecuentemente cuento cosas que nunca han sucedido sin causa justificada .....
  13. Mi vida sexual es normal .....
  14. Es inaceptado en mi hogar hablar con profundidad de asuntos sexuales .....
- 
15. He tenido dificultades en mi vida sexual .....
  16. Creo que la sexualidad dirige totalmente nuestra vida .....
  17. Frecuentemente me siento aburrido estando en compañía de otros .....
  18. Me atraen más los libros u otras cosas que los amigos .....
  19. De vez en cuando tengo ataques de risa que no puedo controlar .....
  20. Frecuentemente siento heridos mis sentimientos .....
  21. Con frecuencia tengo deseos de no ver a nadie .....
- 
22. Disfruto más una tarde pasándola solo(a) que con mis amigos .....
  23. Nadie parece comprenderme .....
  24. Me gusta tratar a la gente que puedo dominar .....
  25. A veces yo me enfado .....
  26. Me gusta que los demás piensen lo mejor de mí .....
  27. Alguna que otra vez miento .....
  28. En ocasiones llego tarde al trabajo o al estudio .....

- 
29. Me falta confianza en mí mismo . . . . .
30. Me preocupan durante mucho tiempo mis fracasos . . . . .
31. Con frecuencia siento sensación de vértigo . . . . .
32. De niño me gustaba jugar solo la mayoría de las veces . . . . .
33. A veces siento vergüenza de presentar a mis padres ante los demás . . . . .
34. Mis hermanos y yo siempre hemos sido buenos amigos . . . . .
35. Tengo o tuve la impresión de que alguno de mis padres no me comprende . . . . .
- 
36. Yo fui la "oveja negra" de la familia . . . . .
37. Me enfurece que me llamen loco o enfermo mental . . . . .
38. Creo que sufro de una enfermedad terrible que no me han querido revelar . . . . .
39. Hay ocasiones que escucho voces sin poder precisar de dónde vienen . . . . .
40. De repente llegan a mi mente pensamientos indecentes que me torturan . . . . .
41. Me perturba mi sexualidad . . . . .
42. Creo que una persona puede vivir totalmente a espaldas de la sexualidad . . . . .
- 
43. Muchos de mis sueños tratan de asuntos sexuales . . . . .
44. Mi educación sexual es deficiente . . . . .
45. Me siento frecuentemente con agitación nerviosa . . . . .
46. Palidezco o enrojeczo fácilmente . . . . .
47. Tengo terror a la obscuridad . . . . .
48. Encuentro difícil el tomar decisiones por mí mismo . . . . .
49. En una fiesta formo parte de su ambiente . . . . .
- 
50. Me desagrada estar en primer plano en las relaciones sociales . . . . .
51. Me siento cohibido ante un grupo mayor que yo (física o intelectualmente) . . . . .
52. Soy más sensible que la mayoría de las personas . . . . .
53. Algún chiste verde me ha hecho reír . . . . .
54. Hay veces que deseo decir palabras fuertes . . . . .
55. A veces crítico . . . . .
56. Algunas veces nie hago el desentendido para no saludar a quien me cae mal . . . . .
-

- 
57. Me encanta acumular responsabilidades ..... 3
58. Soy considerado por los demás como una persona insensible .....
59. Me siento confundido dentro de la muchedumbre .....
60. Me molesta mucho la disciplina .....
61. Mis padres entre sí se llevan muy bien .....
62. Tengo momentos en que me siento como un extraño en mi hogar ..
63. Siempre fue mi deseo acatar las órdenes que me dieron mis padres ..
- 

64. Mis padres me tratan como si fueran mis compañeros y amigos ....
65. Mi gran temor al ridículo me ha impedido realizar mis ambiciones ..
66. Me molesta grandemente que la gente me observe .....
67. Nadie me comprende .....
68. Creo que alguna vez alguien ha tratado de envenenarme .....
69. Me atraen las personas del sexo opuesto .....
70. Mi vida sexual me tuvo atormentado .....
- 

71. Desearía que los problemas sexuales me afectasen menos .....
72. Lo que más me gusta del cine son las escenas de amor .....
73. Tengo la sensación de que a nadie le importa lo que yo hago .....
74. Soy una persona rencorosa .....
75. De vez en cuando tartamudeo y no sé por qué .....
76. Es preferible desconfiar de todos o de casi todos .....
77. Me contagio fácilmente con un ambiente agradable .....
- 

78. Se me dificulta la conversación con una persona recién conocida ....
79. Cuando me dan malas noticias desearía tener alguien a mi lado ....
80. Prefieren quedarme callado antes que pedir ayuda a una persona que me cae mal .....
81. Me siento mal cuando hieren mi orgullo .....
82. Las circunstancias me han obligado algunas veces a ser hipócrita ..
83. Hay veces que no me conformo con lo que tengo .....
84. Algunas veces me he sentido triste .....
-

- 4
- 
85. Me agrada más ser eficiente que ser admirado . . . . .
86. Tengo tendencia a llevar la contraria . . . . .
87. Me gusta llamar la atención de vez en cuando . . . . .
88. Me sudan las manos sin razón aparente . . . . .
89. Mi padre bebe (bebía) demasiado . . . . .
90. Me llevo mal con mi familia . . . . .
91. Tengo la idea de que mi madre es (fue) una mujer sufrida
- 
92. Con frecuencia soy más bondadoso con los amigos que con los de mi casa . . . . .
93. Todo lo malo que me sucede es castigo de mis pecados . . . . .
94. He tenido alucinaciones . . . . .
95. De vez en cuando me siento influenciado por alguien que no conozco . . . . .
96. Lo que más me gusta del periódico es la crónica policíaca y de crímenes . . . . .
97. He tenido prácticas sexuales raras . . . . .
98. Los temas sexuales me disgustan . . . . .
- 
99. Creo que a uno le falta la felicidad hasta que se casa . . . . .
100. Cuanto más verdes sean los chistes más me gustan . . . . .
101. Habitualmente soy calmado y tranquilo . . . . .
102. Estoy seguro de que la vida me trata duramente . . . . .
103. Acostumbro a hablar bien de los demás . . . . .
104. Generalmente leo casi todos los días el periódico local o nacional . . . . .
105. Los niños me gustan más bien de lejos que de cerca . . . . .
- 
106. Me agrada estar en compañía de un grupo de amigos . . . . .
107. Soy de aquellas personas con las que es difícil entablar amistad . . . . .
108. Tomo parte activa con las personas que acabo de conocer . . . . .
109. En ocasiones he hablado de cosas sexuales . . . . .
110. Siempre como con la misma corrección en la casa que cuando estoy invitado . . . . .
111. En ocasiones he fingido estar enfermo para excusarme de algo . . . . .
112. Todas las personas que yo conozco son excelentes . . . . .
-

- 
113. Soy dado a preocuparme mucho . . . . .
114. Creo que la mayor parte de las mujeres u hombres son falsos . . . . .
115. Repetidamente sueño las mismas cosas. . . . .
116. Me siento feliz la mayor parte del tiempo. . . . .
117. Tengo la idea de que mi padre es poco generoso. . . . .
118. Me faltaron las cosas más necesarias en mi hogar . . . . .
119. Mis problemas son motivo de preocupación en mi casa . . . . .
- 
120. Algunas veces he tenido deseos de huir de mi hogar. . . . .
121. Me siento sin energías la mayor parte del tiempo . . . . .
122. Siento que me persiguen. . . . .
123. Me perturba la idea de quedarme solo en un ascensor u otro lugar parecido . . . . .
124. Esta vida es una desgracia . . . . .
125. Quisiera liberarme de mis complejos acerca del sexo . . . . .
126. Alguna vez me siento culpable de algún problema sexual . . . . .
- 
127. Mis inquietudes sexuales me preocupan. . . . .
128. Las relaciones sociales con el sexo opuesto me son negadas algunas veces en la casa . . . . .
129. El ver sangre me asusta o me enferma . . . . .
130. Temo frecuentemente que algo malo va a pasar . . . . .
131. Me considero más nervioso que la mayoría de la gente . . . . .
132. Me despierto fácilmente con pesadillas o sobresalto . . . . .
133. Un verdadero amigo es muy difícil de encontrar . . . . .
- 
134. Cuando alguien me da mal trato por todos los medios de evitar verlo . . . . .
135. Me desagrada formar parte de asociaciones o grupos . . . . .
136. La crítica me afecta terriblemente. . . . .
137. Algunas veces he dejado para mañana lo que debería hacer hoy. . . . .
138. Alguna vez he soñado algo que me preocupó inmediatamente. . . . .
139. Me caen bien todas las personas que conozco . . . . .
140. Alguna vez he soñado despierto . . . . .



## **ANEXO 2**

**Tabla de conversión de puntajes para sacar  
el Cuociente Tensional. (C. T.T.)**

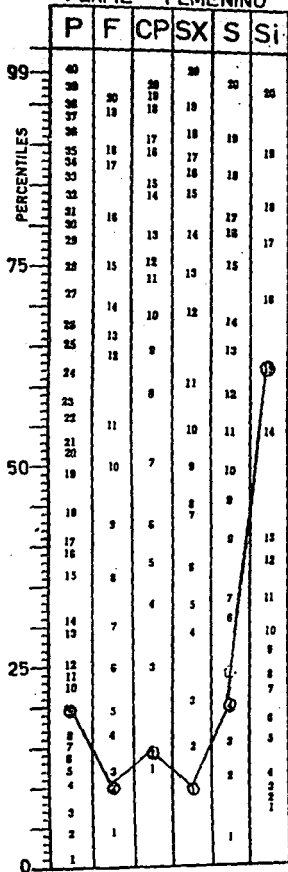
**TABLA DE CONVERSION DE PUNTAJES EN C.T.T.**

Puntaje	C.T.T.	Puntaje	C.T.T.	Puntaje	C.T.T.	Puntaje	C.T.T.
100	2.50	75	1.87	50	1.25	25	0.62
99	2.47	74	1.85	49	1.22	24	0.60
98	2.45	73	1.82	48	1.20	23	0.57
97	2.42	72	1.80	47	1.17	22	0.55
96	2.40	71	1.77	46	1.15	21	0.52
95	2.37	70	1.75	45	1.12	20	0.50
94	2.35	69	1.72	44	1.10	19	0.47
93	2.32	68	1.70	43	1.07	18	0.45
92	2.30	67	1.67	42	1.05	17	0.42
91	2.27	66	1.65	41	1.02	16	0.40
90	2.25	65	1.62	40	1.00	15	0.37
89	2.22	64	1.60	39	0.97	14	0.35
88	2.20	63	1.57	38	0.95	13	0.32
87	2.17	62	1.55	37	0.92	12	0.30
86	2.15	61	1.52	36	0.90	11	0.27
85	2.12	60	1.50	35	0.87	10	0.25
84	2.10	59	1.47	34	0.85	9	0.22
83	2.07	58	1.45	33	0.82	8	0.20
82	2.05	57	1.42	32	0.80	7	0.17
81	2.02	56	1.40	31	0.77	6	0.15
80	2.00	55	1.37	30	0.75	5	0.12
79	1.97	54	1.35	29	0.72	4	0.10
78	1.95	53	1.32	28	0.70	3	0.07
77	1.92	52	1.30	27	0.67	2	0.05
76	1.90	51	1.27	26	0.65	1	0.02

### **ANEXO 3**

**Perfiles de ajuste del individuo  
al trasladar los puntajes directos.**

PERFIL FEMENINO



PUNTAJES DIRECTOS

$$P = P_1 + P_2 = 4 + 5 = 9$$

$$F = 2$$

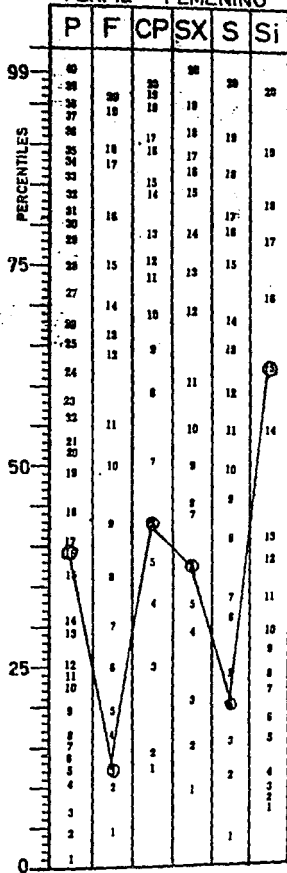
$$SX = 1$$

$$CP = 2$$

$$S = 4$$

$$Si = 15$$

PERFIL FEMENINO



PUNTAJES DIRECTOS

$P = P_1 + P_2 = 7 + 9 = 16$

$F = 3$

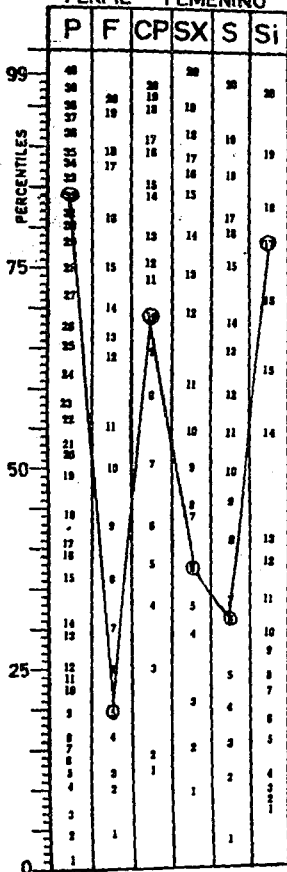
$SX = 6$

$CP = 6$

$S = 4$

$Si = 15$

PERFIL FEMENINO



PUNTAJES DIRECTOS

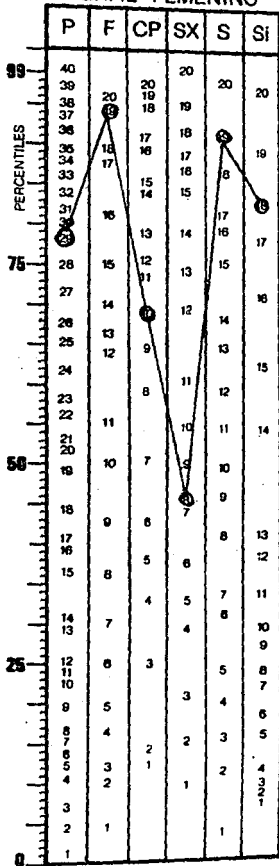
$$P = P_1 + P_2 = 16 + 16 = 32$$

$$F = 5 \quad SX = 6$$

$$CP = 10 \quad S = 6$$

$$Si = 17$$

PERFIL FEMENINO



PUNTAJES DIRECTOS

$$P = P_1 + P_2 = 13 + 16 = 29$$

$$F = 19$$

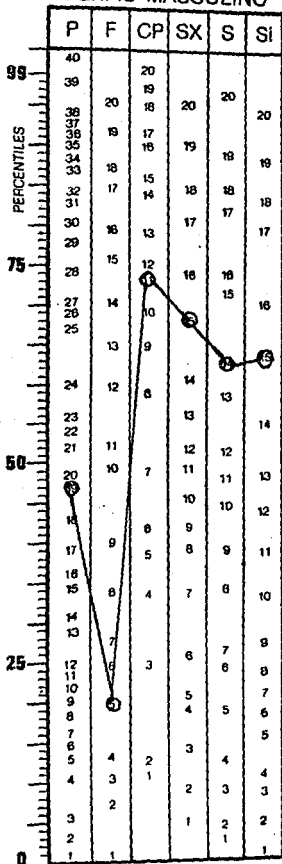
$$SX = 8$$

$$CP = 10$$

$$S = 19$$

$$Si = 18$$

PERFIL MASCULINO



COCIENTE TENSIONAL C.T.T.

FORMULA  $\frac{P + F + S + SX}{40} =$

$\frac{19 + 5 + 14 + 13}{40} = 1.32$

NOTA: Ver Tabla de Conversión en el Manual de instrucciones