

**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**



147  
PSI

**UTILIZACION DE CUESTIONARIOS PARA LA  
DETECCION DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA  
EN PADECIMIENTOS FISICOS: AGUDOS Y  
CRONICOS.**

**T E S I S**  
**QUE PRESENTA PARA SU EXAMEN  
PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**ALEJANDRO REYNOSO ARZATE**

M-0080351

**1 9 8 1**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

Con profundo cariño dedico este trabajo al recuerdo de mi padre Alejandro Reynoso L., a mi madre la Sra. Rosa Arzate V. de Reynoso, a mi esposa María de la Luz Flores de Reynoso la que con su cariño y colaboración fue de gran ayuda para la realización de esta tesis, y al nuevo ser que con el anuncio de su llegada - llena de nueva alegría nuestro hogar.

Con el más grande agradecimiento  
al Dr. Federico G. Puente Silva  
Jefe del Depto. de Investigaciones  
Clínicas del Instituto de Psiquiatría,  
por su acertada dirección en  
esta investigación.

Al Dr. Gabor Katona, Jefe del  
servicio de Reumatología del  
Hospital General de México de  
la S.S.A. por su amplia y va-  
liosa colaboración.

Mis agradecimientos para  
la Srita. Lynda Finegold  
y el Sr. Manuel Garibay  
por su colaboración en  
lecturas y traducciones.

Este estudio se llevó a cabo en la unidad de Medicina de Rehabilitación del Hospital General de México de la S.S.A. y expreso mi agradecimiento al Dr. Juan E. Quintal por haber permitido el uso de las instalaciones de dicha unidad para que se realizara la investigación.

## I N D I C E

1.0	INTRODUCCION.....	1
2.0	CONSIDERACIONES GENERALES.....	4
2.1	Psicogenesis de las enfermedades organicas.....	4
2.2	Enfermedades reumaticas. Definición y clasificación.....	9
2.3	Estudios previos de la personalidad del paciente con artritis reumatoide.....	19
2.4	Parálisis facial.....	28
2.5	Efectos psicológicos en las alteraciones faciales.....	32
2.6	Teoría de la personalidad de Eysenck.....	36
2.6.1	El EPQ y otros cuestionarios de la personalidad.....	44
2.7	El GHQ. Sus aplicaciones.....	50
3.0	METODOLOGIA.....	57
3.1	Método.....	57
3.2	Procedimiento.....	59
3.3	Resultados.....	62
4.0	DISCUSION.....	70
4.1	Limitaciones del estudio y sugerencias.....	74
5.0	CONCLUSIONES.....	76
6.0	ANEXO N° 1.....	78
7.0	ANEXO N° 2.....	82
8.0	BIBLIOGRAFIA.....	88

## 1.0 INTRODUCCION

El ser humano a través de su existencia se encuentra expuesto a cambios, tanto de orden biológico como psicológico, como parte integral del proceso evolutivo ontogenético. Además de estos cambios, que en general pueden considerarse común a los sujetos humanos, pueden presentarse cambios específicos en el organismo de un individuo y producir alteraciones cuya gravedad dependerá de la severidad con que se presente el agente perturbador. Tales perturbaciones pueden ser originadas por enfermedades o accidentes que produzcan lesiones o incapacidades y que pueden ser transitorias cuyo tiempo de desaparición es variable, o permanentes.

En general se considera que la respuesta psicológica a una enfermedad o incapacidad está relacionada con la estructura subyacente de personalidad del individuo, y que tales reacciones pueden ir desde una preocupación normal en que puede haber depresión y angustia, y tenderá a disminuir y guardar una relación proporcional a la gravedad de la enfermedad o incapacidad, hasta una actitud francamente neurótica. Esta diversidad de respuestas a una incapacidad física se observa diariamente en el tratamiento fisioterapéutico y se manifiestan por la diferente forma de responder a un programa de rehabilitación, aún muchas veces tratándose de un

padecimiento semejante.

¿Cuál es el grado de diferencia entre las perturbaciones como respuesta a un padecimiento crónico o agudo?

La presente investigación trata de dar respuesta a esta pregunta para lo cual utiliza cuestionarios para detectar morbilidad psiquiátrica y que fueron elaborados con tal finalidad.

Los instrumentos que se utilizarán en el estudio son el EPQ (Eysenck Personality Questionnaire), y el GHQ (General Health Questionnaire), elaborado por Eysenck el primero, y por Goldberg y Blackxell el segundo.

Estos cuestionarios se seleccionaron por considerarlos simples y accesibles a personas de bajo nivel educativo.

Si los dos instrumentos seleccionados detectan morbilidad psiquiátrica, deben alcanzar un alto nivel de concordancia entre ellos.

Los sujetos seleccionados para hacer la investigación, son pacientes que se considera que tienen una enfermedad aguda con un diagnóstico de parálisis facial periférica, y pacientes con una enfermedad crónica como es el caso de personas con artritis reumatoide. Por el carácter crónico y progresivo de la enfermedad en los últimos, se supone que les es más difícil la adaptación a su enfermedad por lo que serían más depresivos y tenderían a presentar perturbaciones psiquiátricas más severas.

A continuación se expondrá brevemente alguna de las a-

proximaciones que tratan de explicar el origen de las enfermedades sáncticas en relación con los factores psicológicos, los componentes que intervienen en ellas (Perrot), y las tres fases en que se desarrolla (Reiser). Después de esto se dará una definición, clasificación, síntomas y posibles causas de las enfermedades reumáticas así como de sus repercusiones socioeconómicas, aspectos psicológicos y la rehabilitación del artrítico. En seguida se hace una revisión bibliográfica acerca de investigaciones recientes realizadas sobre la personalidad del artrítico. Se continuará con el caso de la parálisis facial periférica, su tratamiento y posible recuperación, al igual que las perturbaciones psicológicas que se presentan por discrepancias de autoimagen en las alteraciones faciales. También se hará una breve referencia a la teoría de Eysenck así como una descripción de los instrumentos utilizados e investigaciones en las que se han empleado.

## 2.0 CONSIDERACIONES GENERALES

### 2.1 PSICOGENESIS EN LAS ENFERMEDADES ORGANICAS

Dentro del campo de investigación de la medicina, hay uno que trata de encontrar la relación entre enfermedades somáticas y las influencias psicológicas y sociales en ellas, dando así origen a conceptos tales como enfermedades psic<sub>o</sub>somáticas, o psicogénesis de las enfermedades somáticas, es muy variado el número de este tipo de problemas y no existe un método específico para estudiarlos. Para algunos autores las perturbaciones psic<sub>o</sub>somáticas están representadas por algunos síntomas que expresan en forma directa algunas emociones (vértigos, náuseas, etc.), en cambio para otros esas perturbaciones llegan a constituir una "neurosis de órgano" que expresa la forma de cómo el individuo reacciona ante su medio ambiente (hipertensión arterial, asma, etc.).

Las investigaciones en el caso de las enfermedades psic<sub>o</sub>somáticas se han realizado a través de diferentes aproximaciones teóricas de entre las cuales se puede citar a la reflexología, la que además de tener en cuenta las alteraciones orgánicas producidas por el sistema nervioso, añade el factor social; el psicoanálisis el que por medio de interpretaciones trata de encontrar la manera de cómo los conflictos inconscientes determinan alteraciones en el comportamiento así como también a nivel somático; y la fenomenología la que se basa en la relación médico-paciente, y por medio de intuiciones trata de percibir el todo de una existencia, haciendo

a un lado los problemas filosóficos del dualismo y el monismo.

Se ha observado una concordancia entre factores psicossociales y perturbaciones somáticas, aunque no se ha podido determinar el tipo de relaciones que existe entre ellos. Para algunos autores la forma de responder a esos factores puede situarse en un continuo que iría de las respuestas psíquicas normales descargando las emociones en forma adecuada, hasta una represión total dando por resultado una somatización que origina una enfermedad psicossomática. Entre los extremos de respuestas normales y represión total, se encontrarían estados considerados intermedios dados por la penetración gradual de la represión en el organismo, representados por algunas de histeria.

Componentes psicogenéticos en las alteraciones orgánicas.- En un trabajo de R. A. Pierrot, publicado en 1979, distingue cuatro componentes dentro del proceso secuencial en la psicogénesis de los disturbios somáticos. Los componentes que él considera son el psicopatológico, el psicofisiológico, el fisiopatológico y el de "experiencia de enfermedad somática".

Con el término psicopatológico se hace referencia a un factor que puede ser de tipo psicológico o psicossocial que va a influir en la génesis de alguna enfermedad.

Se toma en cuenta como antecedentes psicológicos importantes en la aparición de síntomas somáticos, la hostilidad,

el rechazo, la desesperanza, la ansiedad, sentimientos de incapacidad, reacciones a la privación, estrés constante y pérdida real o simbólica de objetos.

Componente psicofisiológico. Este es el proceso que se presenta como consecuencia del componente psicológico en el que hay reacciones físicas y químicas en el organismo. Pueden darse patrones simbólicos de comportamiento, cambios fisiológicos periféricos, resonancias, respuestas viscerales condicionadas, respuestas en el sistema nervioso central y en el autónomo. Estas alteraciones en el organismo pueden producir lesiones somáticas o funcionales.

Componente fisiopatológico. Aunque se considera que el organismo posee la capacidad para adaptarse a las disfunciones que se presentan en él como respuesta a las experiencias psicológicas, se ignora el por qué en algunos individuos esas disfunciones van a producir una enfermedad somática inespecífica, interviniendo para ello quizá algún factor somático específico necesariamente, como por ejemplo, una función visceral alterada durante largo tiempo, y afecciones como reacciones alérgicas, ajustes endocrinos o circulatorios, infecciones etc.

Componente de "experiencia de enfermedad somática". Una vez establecida la alteración orgánica o funcional, el enfermo la llega a sentir como una enfermedad somática localizando en su organismo la fuente de sus quejas perdiendo así todo significado de tipo psicológico.

Dentro de la medicina psicosomática se ha tratado de

dar una explicación de cómo se pasa de lo psicológico a lo somático, así Mitscherlich habla de la regresión bifásica en cuya primera fase llevaría al paciente a una sintomatología neurótica, la que al ser insuficiente para eliminar el conflicto psicológico subyacente, pasa a una segunda fase que se caracteriza por regresión en la esfera somática. Otros autores señalan la importancia del estrés provocado por influencia social y cultural que lleva a los individuos a negar los problemas y las enfermedades psicológicas. Otros más argumentan una falta de vida fantasiosa en estos pacientes, y que tienen percepciones estereotipadas hacia los demás; también se atribuye una dificultad en la comunicación ya que no pueden expresar sus emociones en forma adecuada y tienen un proceso fantasioso deficiente. Otros consideran que interviene un gran monto de estrés para que el paciente se encuentre incapacitado para encontrar las palabras con las que pueda describir los sentimientos. De cualquier manera, parece existir una base emocional que se encuentra alterada.

Reiser considera que en toda génesis de una enfermedad, existe en primer lugar una fase de programación de una disposición para una enfermedad específica en la cual la información contenida en los genes interactúa con las primeras experiencias vividas por el sujeto, imprimiéndole una característica constitucional que se manifiesta en la forma de funcionar del organismo, en las que intervienen respuestas periféricas, respuestas del sistema nervioso central y del autónomo y con influencias del sistema endocrino.

La programación también se manifiesta a través de patrones de comportamiento, necesidades y mecanismos de defensa.

Una segunda fase, precipitación de la enfermedad, en que el estrés provocado por factores sociales y psicológicos produce alteraciones "psiconeuroendocrinas" que pueden producir alguna enfermedad pasajera en algunos individuos, en cambio en aquellos ya programados, estos cambios pueden llevar a disturbios del sistema nervioso central, asumiendo la persona conductas regresivas con alteraciones en el funcionamiento visceral, lo que unido a otros factores, como los alérgenos y las alteraciones somáticas van a establecer una determinada enfermedad.

En la tercera fase, la de la enfermedad establecida, en la que el paciente puede desarrollar percepciones especiales acerca de sus alteraciones funcionales y orgánicas, conformando una imagen de sí mismo que va a constituir parte de su vida mental.

## 7.2 ENFERMEDADES REUMATICAS. DEFINICION Y CLASIFICACION.

El término reumatismo proviene del sustantivo reuma, -- que a su vez se deriva del verbo reo, vocablo griego que significa fluir, y que se puede expresar como humor morbígeno -- que fluye por el organismo.

En la antigua medicina con el término reumatismo se asignaba a un grupo de afecciones, tanto articulares como musculares, cuyas causas comunes suponían que era la humedad y el frío.

En la actualidad bajo el rubro de enfermedades reumáticas, se agrupa a un extenso número de padecimientos que afectan a los diferentes elementos que conforman al aparato locomotor, generalmente son dolorosas y pueden producir limitaciones al movimiento normal pudiendo llegar a una anquilosis total y producir invalidez.

De la patogenia de estas enfermedades, poco es lo que se sabe, y es el carácter criptogenético (origen desconocido), algo que poseen en común estas afecciones.

Dada la gran variedad de enfermedades reumáticas, en las que se incluyen padecimientos que presentan una sintomatología diferente, un pronóstico variable y en las que una gran mayoría se desconoce su etiología, se hace difícil la definición y clasificación de estas afecciones.

Se ha observado que las lesiones que producen las enfermedades reumáticas son principalmente de dos tipos, uno in-

flamatorio y otro de tipo degenerativo, y son estas características las que han dado origen a una clasificación que agrupa a estas enfermedades en dos grandes grupos que se consideran fundamentales dentro de las artropatías. En una de estas categorías se incluye a las enfermedades inflamatorias para las que se asigna el término de artritis, y el de artrosis para el grupo de las enfermedades degenerativas.

Además de esas dos grandes divisiones se hace una clasificación de estos padecimientos en reumatismos abarticulares y reumatismos metabólicos.

Enfermedades degenerativas o artrosis. En este grupo se incluyen enfermedades de naturaleza predominantemente distrófico-degenerativo en que la inflamación se presenta sólo en forma ocasional. A estas enfermedades se les considera de carácter frío, crónico y generalmente se presentan en personas de edad avanzada (alrededor de los 50 años), por lo que se les toma como enfermedades de desgaste y envejecimiento. Son de curso lento, doloroso y en forma progresiva conducen a una deformación y a la anquilosis, la que en ocasiones puede llegar a ser total. Las alteraciones anatómicas en la articulación, las que inicialmente se presentan a nivel de cartilago, llegando las lesiones a nivel óseo fácilmente detectables por medio de radiografías. La localización de las lesiones son mono u oligoarticulares en donde los signos inflamatorios estén ausentes al igual que las tumefacciones de las sinoviales, no hay manifestaciones generales de los reumatismos inflamatorios ni repercusiones humorales. La gravedad

de la invalidez está determinada por la localización de la enfermedad y la importancia mecánica que ocupa la articulación afectada dentro del sistema locomotor.

Enfermedades articulares inflamatorias. En estas enfermedades la inflamación tiene un aspecto clínico en el que se pueden observar rubor, dolor, calor y tumefacción; un aspecto humoral en que las proteínas sanguíneas sufren una modificación.

Hay dos aspectos que permiten relacionar entre sí los reumatismos inflamatorios, uno de ellos lo constituye la necrosis fibrinoide, y el otro por la multiplicación y desplazamiento de células conjuntivas lo que se presenta a manera de reacción del tejido conjuntivo en forma secundaria a la necrosis.

En el grupo de enfermedades inflamatorias se incluyen tanto afecciones de naturaleza aguda como de tipo crónico cuya evolución y gravedad es variable.

Reumatismo articular agudo o infección reumática aguda. Esta enfermedad infecciosa se presenta con mayor frecuencia en la edad juvenil, no se instala antes de los tres años y no es raro encontrar el padecimiento en personas adultas. El mayor número de casos se presenta en el sexo femenino. Los procesos inflamatorios afectan a varias articulaciones; son de carácter migratorio, fugaz y generalmente curan sin dejar secuelas, aunque se ha encontrado un reumatismo dislocante y el reumatismo fibroso de Jaccoud. Pueden pasar a un estado subagudo y se han encontrado casos de reumatismos crónicos

después de la enfermedad de Bouillieud. También pueden presentarse formas abarticulares como pleuritis, peritonitis,

Se considera que en estos tipos de artritis los que responden a los salicilatos sódicos tienen un origen viral, y aquellos que responden a los antibióticos tienen un origen bacteriano. También se les asigna un origen alérgico tuberculoso.

Reumatismos inflamatorios crónicos. Estas afecciones poseen un carácter criptogenético, se presentan generalmente en forma insidiosa, apenas perceptible, de duración prolongada con frecuencia hay erupciones con tendencias destructivas o a la anquilosis ósea como sucede en la espondiloartritis y puede invadir varias articulaciones, poliartritis reumatoide.

Artritis reumatoide. Es un padecimiento crónico e inflamatorio; inicialmente se presenta en las articulaciones distales y tiende a generalizarse pudiendo afectar cualquier articulación; es de curso lento y deformante y puede producir invalidez. Las alteraciones articulares pueden presentarse en forma bilateral y simétrica, y en casos graves y avanzados pueden afectar grandes articulaciones presentándose modificaciones en ellas produciendo descalcificación y fragmentación del cartilago articular, el daño también puede alcanzar al hueso al haber rarefacción y reblandecimiento. Los cambios humorales se hacen presente en la articulación antes que la destrucción de ésta adquiera sus mayores proporciones. Al haber calcificación y fibrosis se presenta una anquilosis perdiéndose en forma permanente la función de la articulación.

ción; en ocasiones en las manos hay deformaciones en garra.

Esta enfermedad también se puede presentar en forma aguda, con manifestaciones febriles, o en forma subaguda. El paciente puede manifestar algunas molestias como fiebre, agotamiento, etc., aun antes de que se inicien las dolencias e inflamaciones articulares.

Hay un gran número de enfermedades que se consideran variantes de la artritis reumatoide, entre las que se puede citar la artritis reumatoide juvenil, y otras que se relacionan con ella como el lupus heritematoso generalizado.

Otra característica de la artritis reumatoide es el hecho de que en el suero del 85 % de los pacientes se encuentra un factor antiglobulínico llamado factor reumatoide (FR), cuyo nivel se halla muy elevado cuando la afección es grave y difusa, este FR no se encuentra en las artritis sero-negativas, aunque quizá se deba a defectos en las técnicas de detección.

Etiología y patogenia de las enfermedades reumáticas. En su mayoría el origen de estas enfermedades es desconocido, se habla de una propensión a la enfermedad cuando los individuos provienen de padres que la hayan padecido, las investigaciones realizadas parecen apoyar la afirmación de que el factor genético interviene en la etiología de la artritis reumatoide en sus formas sero-positivas.

En el caso de las enfermedades articulares agudas se puede tener una apariencia de contagio, lo que en realidad se adquiriría sería el el estreptococo.

Alrededor del 50 % de los casos de artritis, las manifestaciones clínicas fueron precedidas por exposiciones al frío y a la humedad, intervenciones quirúrgicas, infecciones rinofaríngeas, agotamiento físico o intelectual, perturbaciones emocionales y funcionarían como factores desencadenantes, aunque tal cosa es difícil de probar científicamente.

En la actualidad se manejan dos teorías para explicar la etiología de los padecimientos reumáticos, una que afirma que su origen es infeccioso, y la otra afirma que la enfermedad se debe a un proceso de hipersensibilidad autoinmune.

Frecuencia. Es difícil precisar la frecuencia con que se presentan las enfermedades reumáticas por lo que sólo se expondrán algunas generalidades entre las que se encuentran las siguientes:

Estas enfermedades tienen el mayor número de casos, presentándose dos veces más que las cardiopatías, de las cuales la mitad es de origen reumático, seis veces más que el cáncer, y diez más que la diabetes y la tuberculosis y cuarenta más que la poliomielitis. Estas afecciones pueden presentarse en cualquier edad, aumentando la probabilidad de aparición con la misma, correspondiendo el mayor número de casos al sexo femenino en una proporción aproximada de 4/1, cuya diferencia tiende a disminuir con la edad. La mayor frecuencia se presenta en la mujer durante la menopausia.

Estas afecciones se dan en todas las razas y niveles socioeconómicos aunque las investigaciones señalan que hay un mayor índice en el medio rural que en el urbano, y en éste,

la mayor frecuencia entre personas de escasos recursos económicos.

Repercusiones de las enfermedades reumáticas. Los efectos de estas afecciones no sólo se limitan al aspecto físico, su familia y en general a la comunidad. El individuo en edad de producción que es atacado por esta afección, empieza por rendir menos en su trabajo, faltar a él o definitivamente perderlo, trayendo consigo una disminución o una pérdida en sus ingresos económicos; sus gastos aumentan por concepto de consultas médicas, exámenes de laboratorio, transportación etc., trayendo como consecuencia un desajuste en el presupuesto y actividades de la familia, pudiendo revertir esta situación en el aspecto general del paciente, tanto orgánico como emocional. El estado también emplea grandes recursos económicos para la atención de estos pacientes.

Aspectos psicológicos. Las características psicológicas de estos pacientes generalmente se describen con conceptos psicoanalíticos. Se les considera como personas masoquistas, rígidas, concienzudas, compulsivas, con tendencia al autosacrificio, de carácter conformista, tímidos e inhibidos para expresar sus sentimientos; muestran una marcada sobreactividad emocional con relación a su enfermedad. A estos pacientes también se les describe como dependientes, con una personalidad inmadura, con una estructura débil del yo y muestran una severa ansiedad, reaccionan ante el estrés con frustración.

En algunos pacientes se encuentra que los síntomas y -

signos, los experimentan como un exceso de actividad autónoma que tiene la función de disipar la ansiedad y las tensiones emocionales.

El dolor experimentado en esta enfermedad psicofisiológica, recibe influencia de la experiencia y de las percepciones del paciente, lo que se puede deducir del hecho de que diversos pacientes, con lesiones articulares semejantes, producidas en sitios de igual importancia hacen un empleo funcional diferente de esas lesiones.

Las limitaciones físicas de estos pacientes comúnmente producen alteraciones en sus relaciones interpersonales en general, y genera sentimientos de minusvalía y el carácter crónico y progresivo del padecimiento origina que el paciente no tenga un marco de referencia estable para adaptarse a su padecimiento, progresando también como consecuencia las alteraciones psicológicas, llevando al paciente, no en pocas veces, a recurrir, además de los servicios profesionales a curas rudimentarias o mágicas, como "limpias" con hierbas, lodos, grasas animales (cebo de coyote o víbora), lubricantes de maquinaria, fricciones de lombrices y mriguana en alcohol, y sometién dose a cuanto tratamiento le es aconsejado por amigos o vecinos, comentando una paciente, por ejemplo, haber tomado diariamente durante un mes, aproximadamente dos "copitas" de agua de mar.

Para algunos pacientes la incapacidad física tiene la función de justificar las necesidades de dependencia, algunos utilizan su invalidez para obtener satisfacciones de sus

necesidades (ganancias secundarias); en ocasiones, un comentario o el marcado interés del médico captado por el enfermo, pueden influir en la fijación del paciente en la enfermedad, o bien, ser motivo de orgullo o preocupación.

En cambio hay pacientes que adoptan mecanismos de defensa de negación, niegan su incapacidad física y su necesidad de dependencia y llegan a desarrollar una gran actividad y se entregan a tareas físicas extenuantes, o de tipo intelectual; pueden aparentar confianza en sí mismos, así como un adecuado ajuste laboral y social. Estos pacientes se niegan a recibir ayuda y presentan resistencia al tratamiento.

Hay pacientes que realizan intensa actividad física previa a la artritis reumatoide, y utilizan sus músculos para compensar un sentimiento de inferioridad, esas actividades funcionan a manera de mecanismo de defensa, al descargar en una forma aceptable su agresividad; las variaciones de la tensión muscular son un reflejo de los conflictos y problemas psicológicos.

Rehabilitación. El paciente que ha sido dañado en su aparato locomotor requiere una readaptación para un mejor aprovechamiento de sus capacidades funcionales, esto se puede lograr a través de un proceso de rehabilitación, el que debe ser conducido por un grupo de especialistas, con terapeutas físicos y ocupacionales, masajistas, médicos fisiatras, psicólogos, etcétera.

La fisioterapia, la que debe ser aplicada en forma oportuna y adecuada, fuera de los brotes inflamatorios y doloro-

tos, esta encaminada a detener el proceso invalidante, mantener y ampliar el arco de movimiento en las articulaciones, evitar las deformaciones y en general, disminuir las alteraciones funcionales que aquejan al paciente. Por medio del tratamiento reeducativo el paciente también aprende la mejor forma de utilizar las capacidades motoras de que dispone, el tratamiento además puede producir efectos favorables en el estado anímico sobre todo si se realiza en grupo, en donde el paciente tiene la oportunidad de observar los progresos alcanzados por otros pacientes, y si hay sesiones en que se estimule el intercambio de experiencias y sentimientos que sirvan al enfermo como un medio de expresión de sus perturbaciones emocionales. Hay que estar alerta para evitar o reducir la tendencia de algunos pacientes a desarrollar una dependencia a los centros de rehabilitación, ya que para algunos pacientes representa el escape por unas horas de las tensiones del hogar, lograr atenciones y contacto social el que se encuentra muchas veces restringido, lo que puede prolongar el tratamiento, producir regresiones o exacerbaciones de su artritis al dárseles de alta.

### 2.3 ESTUDIOS PREVIOS DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Innumerables investigaciones se han realizado acerca de la personalidad del paciente con artritis reumatoide para lo cual se han utilizado diferentes métodos (una sola entrevista, varias entrevistas a través del curso de la enfermedad, varias pruebas proyectivas, cuestionarios de la personalidad, etc.), y guiados por diferentes hipótesis teniendo como referencia diversos sistemas teóricos. Algunos investigadores se han dado a la tarea de buscar perfiles de la personalidad del paciente artrítico, al igual que en otras enfermedades consideradas psicosomáticas (hipertensión arterial, jaqueca, asma, etc.), y algunos autores consideran a estos pacientes con una personalidad específica cuyos rasgos más característicos son el autocastigo y una hostilidad crónica e inhibida; Gelye en su teoría fisiológica de la adaptación, en la que clasifica las enfermedades en enfermedades de sobreadaptación, entre las cuales incluye a la artritis reumatoide, y en enfermedades por subadaptación y considera que son formas de responder a la agresión; también se considera que el sistema músculo-esquelético puede presentar síntomas a través de mecanismos psicofisiológicos de constante tensión muscular y dolor, dolencias y rigidez articular, tras de los cuales puede haber verdaderos síndromes psiquiátricos.

Algunos investigadores consideran que hay una gran relación entre los aspectos emocionales en la vida del paciente, y el principio y la exacerbación de la artritis reumatoide. El estrés emocional puede preceder o aparentemente precipitar la enfermedad, el estrés puede estar en forma crónica, y cuando se presenta en forma aguda, parece dar evidencia a esa supuesta relación causal. Jones hace referencia al caso de una paciente que desarrolló artritis reumatoide después de aparecer su esposo muerto y destrozado, y el de otra paciente que desarrolló la afección después de experimentar susto y enfriamiento, sin embargo, algunos estudios controlados no parecen apoyar la afirmación de la supuesta relación entre los aspectos emocionales y la afección. Algunos estudios con adecuados grupos control en los que se han aplicado cuestionarios en que incluyen eventos que pueden producir alteraciones psicológicas (muertes, accidentes, problemas matrimoniales, etc.), no apoyan tales suposiciones ya que no hay diferencias significativas en la ocurrencia de tales eventos y los grupos control y en los artríticos (Empire Rheumatism y el Comité Científico). Alexander opina que la significación del factor emocional que tenga para la persona es lo que puede jugar un papel importante en la artritis más que el tipo de evento.

Meyerowitz postula tres hipótesis para estudiar los factores de la personalidad del paciente con artritis reumatoide. La primera de ellas "hipótesis específica" considera que las características psicológicas del paciente ya estaban pre

entes antes de la enfermedad; la segunda, "hipótesis del inicio de la enfermedad", en la que se asocia el comienzo de la enfermedad articular con factores psicológicos, y determinadas experiencias de la vida del paciente; y la última, "hipótesis del curso de la enfermedad", por la que se supone que las respuestas psicológicas que se observan en estos pacientes, influyen en el curso de la enfermedad. Lo postulado por este autor concuerda con lo expuesto por Reiser acerca de las enfermedades psicósomáticas.

Se cree que hay factores multicausales que relacionados entre sí van a producir una predisposición a la afección, entre esos factores se considera el genético, autoinmunológico, infeccioso o psicosocial, lo que al presentarse algún factor disparador, que para algunos individuos puede ser de tipo psicológico (por diferencias interindividuales), conducen a un cuadro de artritis reumatoide. Rimon, en el estudio longitudinal, encuentra que en un grupo sin antecedentes predisponentes familiares, bajo situación conflictiva, se presentó enfermedad articular aguda con un rápido desarrollo, en cambio en otro grupo, en el que se encontró predisponentes hereditarios, desarrollaron enfermedad articular en forma insidiosa, con sintomatología desarrollada lentamente, no se encontraron conflictos emocionales asociados a ella. Schmid y Sletis en un estudio de cónyuges con artritis, encontró una alta frecuencia de alteraciones en suero y síntomas clínicos, lo que no sucedió en el grupo control utilizado en la investigación. Tal cosa parece apoyar la sugerencia de

Cobb acerca de que la artritis reumatoide puede transmitirse en forma interpersonal. También se ha postulado que los pacientes en que se encuentra el FR positivo (Crowe y Crowe), las enfermedades y los conflictos emocionales, se manifiestan en una forma más severa que en aquellos con FR negativo. Moss también encuentra que los pacientes con FR positivo tienen más alteraciones físicas, emocionales y en sus relaciones interpersonales que los de FR negativo.

El psicoanalista Jelliffe, al que se atribuye el primer estudio de la personalidad en un caso de artritis, encontró que en un paciente que tomaba determinada posición física con el fin de observar sus sentimientos, al encontrar el motivo psicológico que determinaba ese comportamiento, bajó su tensión muscular que le producía tal posición, y se obtuvo una mejoría en sus alteraciones óseas, y concluye que aspectos psicológicos pueden determinar condiciones mecánicas específicas que producen afecciones en los huesos. En estudios psicoanalíticos posteriores se ha encontrado que estos pacientes aprenden a descargar su agresividad por medio de actividad muscular a través de deportes, trabajo duro, estoicismo y tiranía (Alexander, Shapiro y Johnson); un contenido de hostilidad fue significativo en muchos pacientes (Cobb), lo que es apoyado por los hallazgos de Ward en un estudio en el que se utilizó el Maudsley Personality Index (MPI), y el Neurotic Traits of Childhood (NTC).

Se ha encontrado que algunas mujeres artríticas tienden a rechazar su papel femenino mediante actitudes masculinas y

descargan sus sentimientos hostiles por medio de la competi-  
vidad con el hombre o tomando actitudes masoquistas, descar-  
gan la cólera de manera aceptable y como una forma de negar  
sus demandas de dependencia.

Ludwig encuentra en sus estudios una constante en el -  
patrón de personalidad de 8 casos de artritis estudiados por  
él que estaba presente antes del inicio de la enfermedad, e  
estos pacientes los describe como personas que fueron severa-  
mente bloqueadas en la expresión de sus sentimientos y con -  
dificultades para enfrentarse a su medio ambiente, son depen-  
dientes aunque con frecuencia niegan su dependencia aparen-  
tando lo contrario, tienen fuertes sentimientos de ira repri-  
mida de lo cual estaban conscientes, se mostraron sensibles  
a la más pequeña crítica o al rechazo, les es difícil rela-  
jarse y se sienten impelidos a estar en movimiento, son in-  
quietos, Halliday por el contrario los encuentra tranquilos  
y optimistas. Ludwig y Moos consideran como factor precipi-  
tante de gran importancia a la pérdida de apoyo o separación  
de alguna figura significativa de la cual dependen, esto tam-  
bién es señalado por Robinson después de entrevistar a 40 ar-  
tríticos a los que describió como inmaduros, perfeccionistas,  
dependientes. Se encontró que las exacerbaciones de la artri-  
tis reumatoide suelen presentarse con gran frecuencia en ani-  
versarios de pérdida o separación, o asociadas con otros fac-  
tores emocionales. Otros investigadores encuentran como fac-  
tor importante la pérdida o separación de figuras significa-  
tivas, fueron Blom y Nicholls, los que después de estudiar -

25 niños, entre los 13 y 16 años, concluyeron que los conflictos más relevantes fueron la incapacidad de afrontar la separación con la madre, lo que parece reforzar la idea de la personalidad preexistente del artrítico. Estos niños son descritos como depresivos con todas las consecuencias que esto conlleva. Algunos autores describen a los padres de los artríticos como rígidos y dominantes, generadores de la continua dependencia de sus hijos.

En una investigación realizada por Booth empleando grupos control, y en la que utilizó el Rorschach, comparó los resultados de los artríticos con los de un grupo de pacientes con hipertensión arterial, encontrando a los primeros introvertidos, virtuosos y rígidos en cuestiones morales, obsesivos, inadecuados, incomprensivos e inclementes, con un pobre ajuste sexual e hipersensibles, con facilidad se provoca su ira, tienen una necesidad exagerada de ser dominantes, inquietos y sin orden en su actividad muscular, y concluye que estos pacientes tienen una personalidad conflictiva.

En un estudio en que se empleó el MMPI y la escala del concepto de sí mismo, (TSCS, Spergel 1978), en el que se incluyó a 24 mujeres y 22 hombres con edades que iban de los 19 a los 71 años, los resultados se compararon con los de otros pacientes con enfermedades psicofisiológicas y exclusivamente orgánicas (pacientes con úlcera gástrica, dolor de la parte baja de la espalda, esclerosis múltiple), al comparar las curvas, aunque hubo diferencias con las de los normales, no fueron significativas entre los cuatro grupos, aun-

que sí las hubo al comparar los perfiles de pacientes con lesión cerebral. Spergel concluye que hay una enfermedad crónica de la personalidad de los pacientes con artritis, y no se apoya la hipótesis de personalidad específica preexistente de esos pacientes.

Los puntajes T no alcanzaron un nivel patológico, los más altos se obtuvieron en la triada neurótica, esto sugiere que los pacientes estudiados presentan una tendencia a somatizar y a ser depresivos e histéricos en forma moderada. Lo mismo se podría decir de algún otro grupo de pacientes incapacitados. En las escalas de introversión social, hipomenía y paranoia, los puntajes fueron bajos, lo que indica que estos pacientes no son esencialmente aislados, ni impulsivos en grado patológico y no elaboran ideaciones de desconfianza. Al comparar en este mismo estudio mujeres contra hombres, hubo diferencias significativas, siendo los hombres más defensivos y con falsa euforia; las mujeres parecieron más autocríticas, con mayores conflictos y con una tendencia a negar sus complicaciones y minimizar sus síntomas. En el concepto de sí mismo la mujer se mostró más satisfecha de su capacidad moral y su papel en la familia, con menos sentimientos de culpa acerca de sus pasadas experiencias; los hombres tendieron más a asociar la enfermedad con actos generalmente sancionados por la sociedad.

Aunque hubo diferencias interindividuales, los grupos en general no mostraron desintegración de la personalidad, encontrándose poca psicopatología, aunque las manifestacio-

nes de sentimientos de degradación de la imagen corporal como consecuencia del proceso invalidante progresivo estuvieron presentes.

Posteriormente en un estudio se comparó a los pacientes artríticos con otros hospitalizados, controlándose las variables de edad, nivel educacional, socioeconómico y ocupacional, hallando que los pacientes artríticos tienen una mayor frecuencia de reacciones psicofisiológicas (Cornell Index), en el TAT se encontraron diferencias que no alcanzaron un nivel de significancia, en temas que se refieren a la agresión y tensión emocional, las respuestas a los cuestionarios indican que los artríticos presentan una mayor tendencia a reprimir sus sentimientos negativos, la cólera estuvo presente en menos áreas que en el grupo control (Mueller, Lefkowitz, Bryant y Marshall). Cleveland y Fisher, utilizando el Rorschach, el TAT y entrevistas, compararon grupos de artríticos con pacientes que padecen dolor en la parte baja de la espalda, y con otro grupo de ulcerosos, en ambas comparaciones se encontró que los artríticos tienen un gran interés en las actividades físicas y trabajos del hogar, exhibicionistas y fantasías voyeristas (esto último no fue confirmado por Booth), en las entrevistas se mostraron tranquilos (esto concuerda con las observaciones de Halliday, pero no con las de Ludwig), comentan que saben dominar su cólera, lamentan su timidez social y de no saber expresar sus sentimientos en forma oportuna. Las madres son descritas con una serie de cualidades, compulsivamente limpias y como causa de

frecuentes frustraciones debido a su rigidez; el padre también lo consideran con una serie de virtudes aunque con una personalidad débil. Los investigadores llegaron a la conclusión de que el artrítico es depresivo y que la enfermedad es una defensa contra sus tendencias regresivas y de la desintegración de la personalidad.

Al revisar los anteriores estudios se puede concluir, - que aunque hay una diversidad en los resultados de las investigaciones atribuibles a los diferentes métodos y marcos teóricos empleados o a deficiencias de los controles en las condiciones de investigación, hay aspectos que se repiten en - los resultados, con gran frecuencia se encuentra al paciente artrítico como una persona con tendencias masoquistas, rígida y moralista, conformista, tímida e inhibida para expresar sus sentimientos, perfeccionista, con gran interés en actividades deportivas, sobreactivas a la enfermedad y con gran tendencia a somatizar, autosacrificadas, con una agresividad generalmente manejada en forma inadecuada, a sus padres los describen como dominantes y rígidos.

## 2.4 PARALISIS FACIAL

La cara está conformada por una serie de músculos cutáneos que dan expresión a la misma, están inervados en su mayoría por el nervio facial.

Nervio facial, sus funciones. El nervio facial o séptimo par craneal proviene de un núcleo del bulbo, pasa por un conducto estrecho, conducto auditivo interno, del hueso temporal, continúa por el acueducto de Falopio, después sale del cráneo por el agujero estilomastoideo. Antes de dividirse en dos ramas terminales a nivel de la parótida, el nervio emite diez ramas terminales, la superior o temporo-facial, se ramifica y va a inervar los músculos de gran parte de la cara en su porción superior, con excepción del elevador del párpado superior; y la rama inferior o cervicofacial, se ramifica inervando los músculos de la parte inferior de la cara y el cutáneo del cuello.

Este nervio determina la motilidad de los músculos de la cara interviniendo en la expresión de emociones y en la mímica facial (función motora), por lo que también se le denomina nervio mímico o de la expresión, interviene además en el movimiento de la mayoría de los músculos de los huesecillos del oído; sensibiliza el tímpano, conducto auditivo externo, los dos tercios anteriores de la lengua, etc., (función sensitiva), y en glándulas submaxilar y sublingual, así

como tener funciones secretoras y vasodilatadoras en los dos tercios anteriores de la lengua.

Parálisis facial o prosoplegia. Es la más frecuente de las afecciones de los nervios craneales y por la cual se afectan los músculos de la expresión de un lado de la cara (monoplegia facial), aunque también se puede presentar en forma bilateral (diplegia facial).

En la parálisis facial se presenta una atonía muscular que conduce a una asimetría facial con alisamiento de los surcos de la cara en el lado afectado; hay dificultades en la masticación, en la retención de líquidos en la boca y cuando la parálisis es bilateral, puede haber dolor en la apófisis mastoidea o en el lado afectado de la cara, trae alteraciones al hablar, es más frecuente en adultos y puede ser central o periférica.

Parálisis facial central o supranuclear. En este caso la lesión se localiza por encima del núcleo, y se puede presentar en forma bilateral o unilateral, quedando libre de parálisis la frente y el orbicular de los párpados por tener inervación bilateral, puede presentarse hemiplegia directa. En esta parálisis el paciente puede sonreír y fruncir la ceja, mediante esfuerzo aunque no puede enseñar los dientes, silbar ni inflar los carrillos.

Parálisis facial periférica. Esta parálisis se presenta por lesión nuclear o del trayecto del nervio, es total y generalmente unilateral, con pérdida de motilidad, tanto voluntaria como refleja (cuando está afectada la porción terminal

común), los rasgos faciales casi desaparecen, la ceja se observa caída, el ojo permanece abierto y sin parpadeo (lagofthalmia), con lagrimeo (epifora), como consecuencia puede presentarse conjuntivitis; la comisura labial se desvía quedando al descubierto los dientes y hay escurrimiento de saliva. Cuando esta parálisis se presenta en forma aguda y sin causa definida se le llama parálisis facial de Bell, y con más frecuencia se presenta en el lado izquierdo.

**Causas.** La parálisis facial central puede ser producida por lesiones en el cerebro (tumores, derrames, etc.), y en la periférica puede presentarse por daño en el trayecto del séptimo par craneal, el cual puede ser afectado por enfriamientos, otitis media, parotiditis epidémica, vacunación antirrábica, neuritis como consecuencia de herpes en ganglio geniculado, sífilis, diabetes, lesiones vasculares de protuberancia, en ocasiones se encuentra asociada con el daño Besnier-Boeck-Schaumann, Guillain-Barré, etc.

**Posibilidades de recuperación y tratamiento.** En la parálisis facial central la recuperación dependerá del grado de severidad de las lesiones en el cerebro. En la periférica, en términos generales el pronóstico es bueno.

Cuando sólo hay un bloqueo en la conducción nerviosa (neuroapraxia), la recuperación puede ocurrir en un término que oscila entre tres y seis semanas, si hay degeneración del nervio, la recuperación se logrará en un término no menor de tres meses, debido a la velocidad de regeneración de las fibras nerviosas, aproximadamente dos cm por mes. En pa-

rálisis faciales periféricos severos, en ocasiones pueden dejar como secuela un espasmo postparalítico con contracturas en los músculos faciales del lado afectado.

El 80 % de los pacientes se puede recuperar espontáneamente con sólo ejercicios o reeducación muscular. El tratamiento abarca desde simples normas de higiene hasta intervenciones quirúrgicas, pasando por tratamientos a base de masaje, fisioterapia, medicamentos dirigidos a la etiología o a los síntomas de la parálisis.

## 2.5 EFECTOS PSICOLÓGICOS EN LAS ALTERACIONES FÍSICAS.

Auto imagen. Cada persona a través de su desarrollo, de su relación con su medio ambiente y de su propio organismo, va adquiriendo conciencia de una imagen de sí mismo constituyendo un esquema de formación casi constante, el que es sensible a cambios a los que puede llegar a incorporar a todas las dimensiones de su vida. Schilder, en 1935, habla de "una imagen tridimensional" en la que participan factores interpersonales, ambientales y temporales, considera que se construye a través de las sensaciones, en las que participan en forma relevante la visión, tacto, propiocepción y kinésicas, también intervienen en forma activa la observación de los demás y la observación de las propias reacciones. En este modelo interviene la posición, forma, conciencia de función y la relación del organismo con el medio ambiente. El atractivo físico influye en el desarrollo y mantenimiento de las relaciones interpersonales.

Cuando en la vida de una persona se presenta algún suceso, que produzca algún cambio en el organismo, negativo o positivo, que no concuerde con el modelo preexistente, se presenta ansiedad la que será directamente proporcional al valor de las partes afectadas por el cambio; la ansiedad permanecerá mientras persista la discrepancia pudiendo presentarse disturbios psicósomáticos.

En la actualidad, se considera que una de las cosas que

pueden producir ansiedad es la pérdida de poder o estatus, - lo que se puede asociar con la pérdida de alguna parte del - cuerpo.

Con frecuencia las discrepancias en la imagen corporal, incluyendo las más graves, se deben a traumatismos o enfermedades, y en ocasiones las consecuencias de esas discrepancias, cuando se vuelven crónicas, pueden ir asociadas a alteraciones psiquiátricas como neurosis de ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, agresividad etcétera; alteraciones psicóticas o somatizaciones que pueden incluir cualquier tipo de desórdenes psicofisiológicos.

Cuando hay desfiguro en alguna parte del organismo hay estrés, si la región afectada es una zona afectada, como la cara, el paciente puede experimentar varios sentimientos como temores, autocompasión, cólera, desesperanza, resentimiento, rechazo y en ocasiones deseos de muerte. La depresión es una de las reacciones que con más frecuencia encuentra Stephen Nordlicht, la cual puede variar de acuerdo a las características constitucionales del paciente, su estructura psicológica y a lo severo del trauma.

Hay que considerar que en la cara se encuentran los órganos de los sentidos y es de gran relevancia en la apariencia física y en la expresión de las emociones. Cuando se presentan enfermedades o traumas que produzcan alteraciones musculares o desfiguros, aunque esas enfermedades no sean severas, producen en el individuo que las padece alteraciones emocionales y de relación con los demás, no se encuentran di-

ferencias en la dinámica emocional si el desfiguró es producido por trauma o por enfermedad.

Una mala autoimagen no sólo puede deberse a una alteración o malformación acial, ya que puede estar en función de la sociedad, pues la actitud tomada por ésta con quienes presentan alguna alteración o con quienes son diferentes, es desfavorable, pues la sociedad acepta sólo desviaciones moderadas en la apariencia y función. Una actitud negativa de las personas a quienes trata un individuo que haya sufrido alguna alteración facial, puede provocar una autodevaluación. Striker considera que los problemas psicológicos de deformaciones son sociales, ya que estas deformaciones comprometen la identidad del individuo que la padece. Estas personas inicialmente pueden ser percibidas negativamente, después haber sentimientos de compasión.

La respuesta al desfiguró facial no es bien comprendida aunque trae como consecuencia sentimientos de ansiedad y temor, y la intensidad con que se presentan se considera como un reflejo del grado de represión existente. Peterson y Topazian encuentran que las deformaciones adquiridas recientemente provocan una preocupación más activa que en aquellos casos en que se presenta sutil y lentamente.

Otro factor que influye grandemente, son las tensiones emocionales que existen antes de la enfermedad y que no han sido resueltas. Muchas veces los pacientes niegan su sensibilidad y miedo, y durante algún tiempo presentan indiferencia al hecho, pero el desfiguró es una realidad que puede recono

cer y aceptar, y en este proceso sus familiares y amigos juegan un gran papel ya que pueden ayudar en el tratamiento de la angustia y en el ajuste durante el cual se puede presentar ansiedad, depresión y regresión en diversos grados.

Davis, F. divide en tres partes ese período de ajuste, entre los pacientes y quienes lo rodean, una que es de aceptación imaginaria, a la que le sigue la omisión del desfigurado, para terminar con el reconocimiento del desfigurado, lo que es importante para el bienestar emocional del paciente.

## 2.6 TEORIA DE LA PERSONALIDAD DE EYSENCK.

Dentro del campo de investigación teórica y experimental en psicología, se han caracterizado dos métodos para entender el comportamiento y que también han llevado al desarrollo de varias teorías de la personalidad. Estos dos métodos se distinguen entre sí en que uno de ellos utiliza para sus estudios sujetos en lo individual, es el llamado método ideográfico. El otro utilice grupos de sujetos, es el método nomotético.

En la investigación de la personalidad el método ideográfico ha encontrado defensores, como Allport, los que consideran que las consistencias y desviaciones del comportamiento de un individuo permiten fijar normas para el mismo, con posibilidades de mejores predicciones. Por su parte los defensores del método nomotético, preferido por los teóricos de los rasgos y que buscan la predicción, consideran que cualquier persona se puede comparar a otra, pudiendo establecer proposiciones que permiten hacer predicciones sobre el comportamiento de un individuo a partir de otros que tengan las mismas características, utilizando en sus estudios cuestionarios de personalidad o baterías de pruebas, y diseñen sus experimentos a base de hipótesis estadísticas. Uno de los autores más representativos del método nomotético lo es sin duda el psicólogo alemán Eysenck cuyos trabajos teóricos y experimentales, en forma breve, se revisarán enseguida.

Eysenck ha utilizado el análisis factorial para el estudio de las principales dimensiones de la personalidad.

El método factorial que ha sido de gran ayuda para el estudio de los factores general y específicos de la inteligencia, en el campo de la personalidad emocional y de la socialización ha demostrado dos dimensiones básicas que hacen referencia a la madurez emocional y a la introversión-extroversión del sujeto.

En su teoría Eysenck ha complementado el método del análisis factorial con el de análisis de criterios, en el cual se utilizan grupos que poseen una característica que pueda ser definida en forma social. Ha estudiado grupos que comparten un diagnóstico psiquiátrico común, por ejemplo, neuróticos y psicóticos, y por medio de baterías de pruebas trata de descubrir cuáles medidas diferencian mejor a los grupos y así derivar dimensiones de tipo factorial. En sus estudios considera que la personalidad tiene una base genética ya que se sustenta en las diferencias del funcionamiento del sistema nervioso, y trata de demostrar cómo las diferencias individuales derivadas de una estructura fisiológica influyen en el proceso de socialización de los individuos.

Otro de los aspectos interesantes dentro de la teoría de la personalidad de Eysenck es su sistema descriptivo que incluye las cuatro dimensiones siguientes: introversión-extroversión (E), estabilidad-neuroticismo (N), estabilidad-psicoticismo (P) e inteligencia, siendo de importancia relevante dentro de su teoría las dos primeras dimensiones.

Contrariamente a lo que sostiene una teoría unidimensional, la cual afirma que las personas neuróticas, neuróticas y psicóticas, sólo difieren entre sí en relación de la posición que ocupan sobre un continuo de psicopatología, Eysenck asegura que el neuroticismo y el psicoticismo pertenecen a dos dimensiones ortogonales e independientes entre sí, y por consiguiente no forman parte de un continuo unidimensional.

Eysenck describe las dimensiones E y N según las midió en el EPI (uno de sus cuestionarios), en la forma siguiente:

Las puntuaciones altas en E indican extroversión, y tales individuos se caracterizan por su tendencia a ser sobresalientes, impulsivos, desinhibidos, con muchos contactos sociales, con frecuencia participan en actividades de grupo, gustan de las fiestas, tienen muchos amigos, necesitan de gente con quien hablar y no gustan de leer o estudiar solos, anhelen correr riesgos, actúan por el incentivo del momento, son afectos a las bromas, siempre tienen una respuesta oportuna y en general fustan del cambio, son despreocupados, llanos y optimistas, les gusta reír, prefieren estar activos y tienden a ser agresivos y perder con facilidad la calma. No tienen un control rígido de sus sentimientos. En cambio las características de los introvertidos son: tranquilos, retraídos, introspectivos, afectos a los libros más que a las personas, reservados y distantes excepto para sus amigos íntimos, tienden a planear anticipadamente lo que van a realizar, no se fián del impulso del momento, no les agrada lo excitante, toman la vida cotidiana con la debida seriedad, -

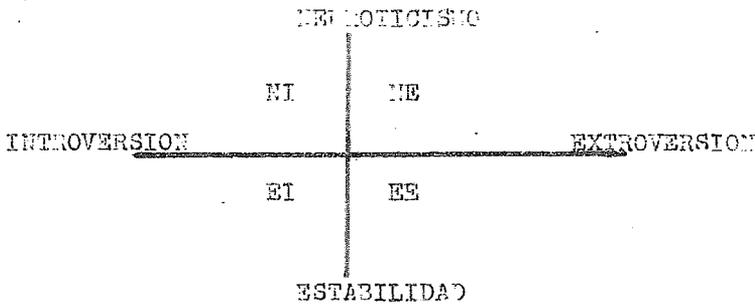
gustan de llevar una forma orfeada de vida. Mantienen un control estrecho sobre sus sentimientos, rara vez se portan de un modo agresivo, no pierden fácilmente su tranquilidad, son dignos de confianza, algo pesimistas y conceden gran valor a las normas de tipo ético.

Las puntuaciones altas en N indican sobreactividad y labilidad emocional, tienden a ser sobrerresponsables emocionalmente y con dificultad vuelven a un estado normal después de experiencias emocionales, con frecuencia presentan males somáticos de orden menor como son: dolor de cabeza, trastornos digestivos, insomnio, dolor de espalda y trastornos mentales como ansiedad, también refieren sensaciones emocionales desagradables. Estos individuos están predispuestos a desarrollar perturbaciones neuróticas bajo estrés lo cual no debe ser confundido con la desintegración neurótica. Un individuo puede alcanzar altos puntajes en la escala N, y sin embargo funcionar adecuadamente en sus relaciones sociales, familiares, sexuales y de trabajo.

Una persona estable tiende a responder emocionalmente en forma débil y lenta, tiene facilidad para reponerse después de una experiencia emocional, generalmente es calmada y controlada.

La relación entre las dimensiones introversión-extroversión y estabilidad-neuroticismo son de gran importancia dentro de la teoría y trabajo experimental de Eysenck, el que originalmente las supuso ortogonales.

El esquema bidimensional de Eysenck es el siguiente:



De los cuatro extremos se pueden hacer cuatro combinaciones, según lo indica la figura.

Además las diferencias entre estas dos dimensiones, E y N, sirven para distinguir dos tipos fundamentales y diferentes de neuróticos, a saber, los neuróticos introvertidos que se denominan distímicos entre los cuales se incluyen a los neuróticos de ansiedad, los neuróticos con síntomas obsesivo-compulsivos, las depresiones reactivas, fobias, etcétera, y los neuróticos extrovertidos que incluyen a los diferentes tipos de histéricos y psicópatas. Entre las personas neuróticas, una comparación entre las clasificadas como distímicas e histéricas, es de hecho una comparación entre sujetos que difieren en introversión-extroversión.

Investigaciones posteriores han dado por consecuencia modificaciones a lo antes señalado. Los estudios realizados en histéricos no han dado puntajes altos en la dimensión de extroversión, sino que más bien son cercanas a los normales, y en términos generales también se han encontrado puntuscio-

nes más bajas en la escala de neuroticismo que en los distímicos, por consiguiente la comparación entre distímicos e histéricos se realizará entre sujetos altamente introvertidos y otros cercanos al promedio de la dimensión introversión-extroversión. Por otro lado, cualquier diferencia encontrada entre estos grupos puede ser confundida con las diferencias en neuroticismo, cosa que se presenta inclusive en sujetos normales. Las escalas E y N presentan una pequeña correlación negativa lo que ha originado que Eysenck realice una nueva versión del MPI en forma cuidadosa, y para la cual se afirma que las escalas E y N no se correlacionen. Por otro lado se ha encontrado que los psicópatas y los delincuentes generalmente obtienen puntajes altos en ambas escalas, por lo que se considera que las diferencias entre los distímicos y los psicópatas proporcionarían una base más adecuada para la distinción de las diferencias entre los neuróticos que difieren en la dimensión introversión-extroversión.

Además de estas dos dimensiones Eysenck en 1952 hipotetizó una tercera posible dimensión de la personalidad que sería independiente de E y de N y la denominó psicoticismo (P), como la define en el EPQ, y consideró que así como la neurosis es un extremo en grado patológico de algunas características fundamentales de neuroticismo, así también el psicoticismo es el extremo en grado patológico de algunas características fundamentales en la estructura de la personalidad.

Teoría de la excitación-inhibición, sus bases fisiológi

cas. Eysenck ha tratado de dar una base fisiológica a su teoría de la personalidad y ha utilizado los conceptos del condicionamiento clásico para relacionar las diferencias individuales de introversión-extroversión, con las diferencias supuestamente hereditarias de las funciones del sistema nervioso. Eysenck considera que las personas que tienen un umbral alto para la excitación tienen predisposición a desarrollar un comportamiento extrovertido y en caso de desintegración neurótica a desarrollar patrones de comportamiento histérico-psicopático; en cambio los de umbral bajo a la excitación tienen predisposición a desarrollar un comportamiento introvertido, y en caso de desintegración neurótica presentan perturbaciones distímicas; en los individuos en quienes la inhibición reactiva se presenta en forma rápida e intensa y de lenta desaparición, están predispuestos a desarrollar comportamientos extrovertidos y en casos de desintegración neurótica, a desarrollar patrones de comportamiento histérico-psicopático; en los sujetos en quienes sucede lo contrario, tienden a desarrollar un comportamiento introvertido, y en caso de presentarse desintegración neurótica desarrollarán perturbaciones distímicas.

Se considera que la excitación es un facilitador para el condicionamiento, en cambio la inhibición, es considerada como obstruyente del aprendizaje, y que interviene en el proceso de extinción. En este aprendizaje también interviene la intensidad y el intervalo con que se presenta el estímulo, si los introvertidos tienen una mayor facilidad para ad-

quirir el condicionamiento, también tendrán una mayor facilidad para socializarse, puede llegar a ser "supersocializado", lo contrario sucedería con los extrovertidos ya que poseen menor facilidad para adquirir respuestas condicionadas, por consiguiente, pueden llegar a ser "subsociados".

Eysenck en su teoría considera que la introversión tiene una base fisiológica dada por las diferencias en el umbral de excitación en el sistema reticular ascendente, también supone que hay un segundo sistema fisiológico, el cual depende de la empcionabilidad. Tal sistema fisiológico es el cerebro-visceral que está formado por el hipocampo, la amígdala, el cíngulo y el hipotálamo, y se supone que las diferencias en el umbral de actividad de este cerebro, constituiría la base fisiológica en las diferencias individuales en la dimensión neuroticismo-estabilidad; los neuróticos tendrían umbrales bajos en ese supuesto sistema.

Los conceptos de excitación-inhibición, que serían procesos realizados en el sistema nervioso, darían diferencias genóticas constitucionales en la dimensión introversión-extroversión, lo que puede ser medido a través de pruebas de laboratorio, por ejemplo, condicionamiento, vigilancia etc., en cambio el comportamiento observado que es una función de las diferencias constitucionales en interacción con el ambiente, y que darían diferencias fenotípicas, como la introversión-extroversión, puede ser medido a través de inventarios o cuestionarios de la personalidad.

### 2.6.1. EL EPQ Y OTROS CUESTIONARIOS DE LA PERSONALIDAD

El EPQ es un cuestionario de personalidad derivado de otros como el Maudsley Medical Questionary que mide la escala N, y el Maudsley Personality Inventory el que agrega a la escala N la escala E, y del EPI que es posterior a los dos anteriores, que agrega la escala L (de mentiras), y al cual se le hicieron algunas modificaciones que lo hacen más útil. Se le sometió a la prueba de validez factorial, a la de construcción y a la de concurrencia. En este último caso se encontró que la escala E del MPI correlacionó en 0.79 con la de Guilford, y la escala N correlacionó con la escala de ansiedad de otros inventarios como la del factor de ansiedad de Cattell.

Los anteriores cuestionarios dieron origen al EPQ cuyas escalas E y N son similares a las del EPI, pero en el EPQ se incluye una nueva variable llamada psicoticismo. El psicoticismo se conceptualiza como una característica que está presente en diferentes grados en toda persona, cuando esta característica es muy marcada, el individuo está predispuesto a desarrollar alteraciones psiquiátricas, tales predisposiciones son un factor para las alteraciones de psicoticismo y sólo un pequeño número que obtiene altos puntajes en la escala P, presentarán una psicosis en el transcurso de su vida.

Los principales inventarios que han sido similares al -

EPQ son el EPI (Personality Inventory), y el PEN (Psychoticism-Extraversion-Neuroticism). Las escalas se construyeron para utilizarse con adultos y hay una versión para niños. A los reactivos de las escalas PEN se les hizo algunas modificaciones, como por ejemplo, uno o dos reactivos que se sustituyeron por encontrarlos inadecuados, y escribiendo con pocas palabras a otros. Los cambios se hicieron por razones psicométricas, como tratar de suprimir las correlaciones entre factores, eliminar reactivos con cargas en más de un factor y dar una mayor seguridad a las escalas. También se buscó que estas tres dimensiones de la personalidad fueran independientes de la inteligencia.

Se estima que en estos estudios no se trabaja con síntomas sino con comportamientos normales, por esto las escalas difieren de aquellas que tratan con comportamientos patológicos como se hace en las escalas del MMPI. Se considera que son patrones de comportamiento que se convierten en anormales sólo en casos extremos, por lo que se sugiere utilizar los términos de emocionalidad e inclinado a maleante, en lugar de los de neuroticismo, y psicoticismo, lo que también puede servir para evitar la tendencia de los sujetos a dar respuestas que sean socialmente aceptables, lo que interferiría con las respuestas verdaderas al contestar el cuestionario.

Escala L. Esta escala intenta medir la tendencia que puede haber en algunos sujetos para aparentar bondad, tendencia que se acentúa cuando los cuestionarios se administran -

en situaciones en que las respuestas puedan favorecer al sujeto.

La naturaleza de L ha sido estudiada a través de análisis factoriales y trabajos experimentales. Se considera que la escala tiene unidad factorial y que además de medir simulación, mide también algunos factores de estabilidad y quizá algún grado de "ingenuidad social". Las condiciones motivacionales de simulación se pueden distinguir de las de no simulación, basándose en las correlaciones entre N y L. Donde hay altos grados de motivación para la simulación, las correlaciones entre N y L tienden a ser altas, cuando el grado de simulación es bajo, los puntajes pueden medir cualquier otro aspecto de la personalidad, con puntajes más allá del 5 % - puede ser un índice de simulación. Los puntajes en esta escala decrecen con la edad en los niños, y se incrementan en los adultos.

Confiabilidad de las escalas. Para la confiabilidad de las escalas se utilizó el método del test-retest, que es la correlación entre la primera y la segunda prueba, en el caso de estas escalas hubo un intervalo de un mes entre la primera y segunda aplicación, alcanzando correlaciones de 0.78 para P, de 0.80 para E, de 0.86 para N y de 0.84 para L, en un número total de 157 sujetos formado por cuatro grupos. Por consiguiente, el EPQ no es inferior a otras pruebas de la personalidad que utilizan el método del test-retest para su confiabilidad.

La consistencia de las confiabilidades, coeficiente al-

fa, se realizó en un grupo normal y de prisioneros. Ambos grupos incluyeron hombres y mujeres y se obtuvieron coeficientes superiores a 0.80, con excepción de la escala P que fue menor, por lo que se concluye que estas confiabilidades son adecuadas en factores de personalidad de alto orden.

Estandarización de una muestra normal. El EPQ se aplicó a un gran número de sujetos de diferentes edades y clases sociales. Los puntajes promedio alcanzados por las muestras en las escalas, no alcanzan diferencias significativas con las muestras totales.

La estandarización se efectuó sobre todo en la población urbana de Inglaterra y se observaron grandes diferencias en edad y sexo en todas las escalas, por lo que se hace una división por edades y sexo. Se observó que la variable social fue menos influyente en los resultados y menos confiable.

La aplicación de las escalas se hizo en 2412 hombres y 3262 mujeres; para la escala E se aplicó en 1624 hombres y 2462 mujeres, y no difieren en los promedios de los puntajes. Los hombres alcanzaron puntajes más altos en la escala P, y ambos sexos presentan una declinación con la edad la cual es más rápida en los hombres. En la escala E se observa mayor tendencia a la introversión en los hombres. En la escala H hay una declinación con la edad y las mujeres obtienen puntajes más altos que los hombres. En la escala T hay un incremento con la edad, aunque hay un mayor puntaje en las mujeres.

Estandarización en muestras anormales. Para la validación de las escalas se hicieron estudios en muestras anormales que incluyeron psicóticos, neuróticos, depresivos endógenos, pacientes con adicción a drogas, desórdenes de la personalidad, con problemas sexuales, alcohólicos y prisioneros.

No se encontraron diferencias entre pacientes internos y externos de grupos de psicóticos y de esquizofrenia; se observó que los depresivos endógenos difieren bastante de los demás psicóticos funcionales. Los psicóticos y prisioneros, los adictos a drogas y al alcohol, los que padecen de desórdenes de la personalidad, con problemas sexuales, alcanzaron puntajes altos en P. Los pacientes con depresión endógena, aunque alcanzaron puntajes más altos en P que los normales, son más bajos que los otros grupos, los que son marcadamente introvertidos, esto no sucedió con los prisioneros. Los grupos psiquiátricos y los criminales alcanzaron puntajes altos en la escala N, sobre todo los neuróticos y los de desórdenes de la personalidad.

Los patrones de intercorrelación son muy semejantes entre muestras normales y anormales, siendo mejor observadas sus características en las primeras.

Administración del EPQ. Las instrucciones del EPQ para sujetos alfabetizados están impresas en cada prueba. Las instrucciones pueden leerse en voz alta a un grupo o ser leídas por los sujetos individualmente. Las instrucciones no deben ser ampliadas o alteradas en alguna parte.

El cuestionario debe leerse a personas ciegas o analfab.

betas y anotar sus respuestas.

En el caso de pacientes se sugiere dar las siguientes - instrucciones que completan las del EPQ " cómo son o sienten, o cómo fueron y sintieron antes de la enfermedad".

Al recoger el cuestionario hay que asegurarse de que todas las respuestas hayan sido contestadas.

Para calificar el cuestionario (para revisarlo ver anexo 1), se emplean cuatro plantillas que corresponden a las - cuatro escalas en su versión para adultos. Las plantillas - están numeradas y se sugiere el siguiente orden: P plantilla 1, E plantilla 2, N plantilla 3, y 4 para la plantilla L.

## 2.7 EL GHQ. SUS APLICACIONES

El GHQ (General Health Questionnaire), es un cuestionario autoadministrable, fue diseñado por Goldberg y Maxwell en 1970 con el fin de detectar disturbios psiquiátricos no psicóticos, en la práctica de la medicina general y en la comunidad.

Originalmente el GHQ se estructuró con 140 reactivos y por medio de técnicas de análisis factorial se elaboraron versiones más cortas, pero dada su validez, consistencia, sensibilidad y especificidad la versión de 60 reactivos es superior a las demás.

En el cuestionario se incluyen preguntas sobre el comportamiento de síntomas recientes, ya que procura información sobre el estado mental en el presente, no intenta tener información sobre las características de la personalidad o la propensión del paciente para desarrollar determinadas enfermedades. Los temas que conforman el cuestionario incluyen preguntas sobre síntomas físicos, conductas observables y en forma gradual, se introduce en aspectos de sentimientos y pensamientos anormales que pueden constituir una verdadera psicopatología, con el abordaje gradual de los temas psicológicos se procura que el paciente no tome actitudes defensivas ante las preguntas del cuestionario, sobre todo en aquellos pacientes que no se perciben como personas con distur-

bios psiquiátricos.

Las respuestas al cuestionario están dadas por cuatro opciones las que se fijan desde una ausencia de síntomas, síntomas más o menos permanentes, un aumento reciente moderado en los síntomas, hasta una intensificación en ellos, y se procuró evitar que el paciente al marcar las opciones a, b, c, o d tienda a perseverar en algún tipo de respuestas.

El GHQ se puede contestar en un tiempo aproximado de 10 minutos. La forma de calificar el cuestionario puede ser de las siguientes formas: Opciones a y b marcadas se les asigna cero puntos, si la opción marcada es la c o d, se asigna un punto; otra forma de calificar es; si la a es la opción marcada se le asigna cero punto, si las opciones b, c o d son las marcadas se asignará uno, dos o tres puntos respectivamente, o bien dando cero puntos a las opciones a y b, y uno y dos a las opciones c o d.

Se considera que el presente cuestionario tiene algunas limitaciones para detectar algunos grupos psiquiátricos, es lo que sucede con pacientes defensivos, lo que tiene en común con otros cuestionarios y con entrevistas psiquiátricas; el cuestionario tampoco detecta a pacientes esquizofrénicos crónicos, hipomanías y con demencia y los pacientes muy crónicos sólo puntúan si sus síntomas son diferentes a lo habitual, lo que correspondería a las opciones c o d, aunque se ha observado que en este caso son pocos los pacientes que quedan mal clasificados debido a que generalmente el paciente crónicamente enfermo puede conservar una imagen de sí -

mismo libre de síntomas. Además el cuestionario no indica el grado de severidad de las perturbaciones ni hace un diagnóstico preciso.

Validación del GHQ. En la validación de este cuestionario con frecuencia se ha utilizado una entrevista psiquiátrica estandarizada (Goldberg y colaboradores, 1970), que se diseñó para la detección de casos en la comunidad, esta entrevista debía de ser aceptable para los pacientes, de fácil administración en un tiempo más o menos breve, y debía discriminar enfermos mentales y personas normales, entre los enfermos debía señalar el grado de severidad de la enfermedad psiquiátrica.

Los datos de la entrevista se obtuvieron por síntomas somáticos reportados por los pacientes entre los cuales se podían incluir síntomas orgánicos precipitados o mantenidos por factores psicológicos, y por las anomalías observadas durante la entrevista en las que se incluían anomalías de conducta, de estado de ánimo, cognitivas y perceptuales. Además también se investigó la frecuencia, la intensidad y duración de los síntomas.

Se usaron cinco puntos para calificar la entrevista psiquiátrica estandarizada en la forma siguiente: cero puntos para indicar ausencia de síntomas, uno para síntomas que no producen alteraciones significativas y que no requieren tratamiento, de dos, tres y cuatro que indican alteraciones leves, moderado o severo grado de morbilidad psiquiátrica. El coeficiente de confiabilidad entre el entrevistador y el co-

calificador para cada resactivo fue de 0.919. Esta entrevista ya fue utilizada por D. Goldberg en 1970, al buscar la relación de alteraciones en la absorción de algunas sustancias con la morbilidad psiquiátrica y la acción del intestino delgado.

En un trabajo publicado por D. P. Goldberg y Blackwell (1970), se hizo un estudio en pacientes suburbanos de Londres, que concurrían a la consulta general. El estudio tenía la finalidad de validar el cuestionario en la práctica general para lo cual se compararon los resultados del GHQ con los obtenidos por la entrevista psiquiátrica estandarizada de la que se hizo referencia anteriormente, encontrándose una alta correlación, por lo que se consideró al GHQ como un instrumento de validez y que por consiguiente, puede utilizarse con la finalidad de detectar morbilidad psiquiátrica.

Se lo comparó con el término Usado por Kessel de conspicius morbilidad psiquiátrica, y se procuró detectar la morbilidad psiquiátrica oculta la que no fue detectada en pacientes que asistían a la consulta general, y a los cuales se les encontró la perturbación por medio de una entrevista.

En un estudio piloto previo a la investigación, se encontró que en la práctica general un número adecuado de síntomas para discriminar a los probables normales y los probables casos es de 11 síntomas o menos para los primeros, y de 12 o más para los segundos (punto de corte 11/12).

La correlación encontrada entre la entrevista psiquiátrica y el GHQ fue de 0.80, además se encontró una sensibilidad

dad de 95.7 % que es la proporción de enfermos identificados correctamente, y una especificidad de 87.8 % que se obtiene por la proporción de los sanos clasificados correctamente.

En los trabajos para estudiar su confiabilidad (D. P. - Goldberg, 1972), se encontró una correlación de 0.76 en la técnica de test-retest, y de 0.95 por el método de división en mitades. Se clasificó correctamente al 91.5 % (verdaderos positivos más verdaderos negativos).

Existe una traducción al español del GHQ realizada en Pamplona (versión de 60 reactivos, Muñóz), en que se probó el cuestionario en tres grupos: pacientes graves, menos graves y sujetos sanos; uno de los objetivos fue el de investigar si las preguntas tenían el mismo poder discriminativo que el de la versión inglesa, se buscó que no se alterara la estructura original del cuestionario, en ese estudio se llegó a la conclusión de que la traducción en español no altera el poder discriminativo del cuestionario para diferenciar a personas sanas y enfermas. Se considera que el cuestionario está elaborado para ser comprendido con facilidad y sin exceso de fatiga.

En un estudio realizado con alumnos de la UNAM (Rivera y colaboradores, trabajo no publicado), encontraron que algunos reactivos en español no tienen poder discriminativo, ya que se encontraron problemas de tipo semántico, lo que se atribuye a diferencias sobre todo de tipo cultural, ya que lo que para la población inglesa es grave, no lo es para la población de estudiantes de la UNAM con los que se hizo el es-

tudio. Hubo que modificarse 17 reactivos. Los resultados encontrados no concuerdan con los obtenidos por Muñóz, cabe aclarar que hubo diferencias en el punto de corte y el criterio externo utilizado, además se utilizaron pacientes psiquiátricos en la investigación de Muñóz.

El punto de corte para diferenciar los casos de los no casos puede modificarse según la muestra, por ejemplo, en un grupo en que haya un gran número de pacientes crónicos debe aumentarse la sensibilidad bajando el punto de corte. En los pacientes que tienden a puntuar alto en el cuestionario, se puede aumentar el punto de corte sin que haya una disminución en la sensibilidad, aumentando en cambio la especificidad.

En un trabajo publicado en 1979 (Tarnopolsky y colaboradores), utilizando una versión corta (30 reactivos), del HIQ que desde luego no se considera representativa de la versión larga, se encontró que en un punto de corte de  $4/5$ , no se clasificó al 26 %, hubo una especificidad del 72 % y una sensibilidad del 78 %, y se obtuvieron también los valores predecibles para puntajes altos de 0.64, y para un valor bajo de 0.16, para un punto de corte de  $2/3$  no se clasificó al 25 %, la especificidad fue de 78 %, y la sensibilidad de 71 %, el valor predecible de registro alto fue de 0.58, y para el valor bajo de 0.13. En las mujeres el valor de predictibilidad de registro alto fue mayor de 0.70, y el de registro negativo fue de 0.20 en cada punto de corte usado. En el caso de los hombres con un punto de corte de  $2/3$ , hubo

probabilidad de 0.39 de ser un caso; con otros puntos de corte se encontró que 8/9 para hombres de un valor de predictibilidad de 0.83 en un registro de TIG positivo.

En México, Camillo y colaboradores (1979), usando un punto de corte de 7/8 encontró una especificidad del 89 %, una sensibilidad del 91 %, resultando mal clasificadas el 9 %. En 1980 el mismo autor con un punto de corte de 9/10 encontró un porcentaje de 76 en especificidad, 73 % de sensibilidad y 25 % de mal clasificados.

El TIG puede ser utilizado para evaluar la morbilidad psiquiátrica aumentando la proporción de registros positivos sin información auxiliar, también se puede utilizar en investigaciones epidemiológicas como instrumento de screening, y como estimador de morbilidad psiquiátrica en una población.

### 3.0 METODOLOGIA

Se realizó un estudio comparativo entre pacientes crónicos y agudos, controlándose las variables de edad y sexo por el método de apareamiento, sometiéndoles a una entrevista previa a los cuestionarios utilizados. Para ver la discrepancia entre los grupos, se utilizó el procedimiento estadístico de  $\chi^2$  cuadrada, y se observó el porcentaje de concordancia entre los instrumentos empleados.

#### 3.1 MÉTODO

Se realizó la investigación con 50 pacientes que asistían a los servicios que presta el Hospital General de México de la S.S.A.

Fue una investigación intergrupo,, tomándose un grupo - como "casos" formado por pacientes con una enfermedad crónica (artritis reumatoide). De estos pacientes el 60 % provienen del servicio de consulta de Reumatología y el otro 40 % de pacientes que asistían a tratamiento a la unidad de Medicina de rehabilitación.

El grupo de comparación, lo que en estudios experimentales se tomaría como control (24), estuvo formado por pacien-

tes considerados con una enfermedad aguda, para lo cual se tomaron pacientes con parálisis facial periférica que asistieron en su totalidad a la unidad de Medicina de Rehabilitación, y de los cuales el 68 % tenía parálisis facial del lado izquierdo.

Para los pacientes considerados como crónicos, con artritis reumatoide, se fijó un criterio mínimo de seis meses de evolución, en el caso de los pacientes agudos el criterio de tiempo máximo de evolución no fuera mayor de seis meses. Cada grupo estuvo formado por 25 pacientes con un rango de edad de 20 a 59 años, de los cuales 20 fueron mujeres y 5 hombres, sumando un total de 50 sujetos, siendo 80 % mujeres y 20 % hombres.

El estudio se realizó a partir del mes de mayo de 1980 y se terminó en diciembre del mismo año, efectuándose en las instalaciones de la unidad 402, del H.G. de la S.S.A.

No se contó con un cubículo en especial, y aunque la mayoría de los cuestionarios se aplicaron en el cubículo de Psicología que es el más aislado, hubo otras aplicaciones que se realizaron en el cubículo de consulta médica, en el de actividades de la vida diaria y en la sala de juntas de la unidad; no se contó con un horario fijo dado que a los pacientes se les cita en diferentes horas, por razones de organización de trabajo de la unidad, aunque todos los estudios se realizaron durante la mañana.

### 3.2 PROCEDIMIENTO

A los pacientes se les sometió a una breve entrevista con la finalidad de saber si reunían las condiciones necesarias para realizar el estudio tales como: que no tuvieran antecedentes de tratamiento psiquiátrico antes de la enfermedad, que la edad estuviera dentro del rango de 20 a 59 años, y el tiempo de evolución mínimo de seis meses para los pacientes crónicos y máximo de seis meses para los pacientes agudos, como datos adicionales se les tomó la ocupación, escolaridad y sexo, este último dato se tomó en cuenta por ser una de las variables a controlar. Con los pacientes que reunían las condiciones preestablecidas se procedió a aplicar los cuestionarios en el siguiente orden: en primer lugar el EPQ y en segundo lugar el GHQ, y sólo al paciente que llegaba a preguntar cuál era la finalidad del estudio se le contestaba que la finalidad era detectar las características de un grupo que tuviera artritis reumatoide o parálisis facial, según el caso, lo que sólo ocurrió con cuatro pacientes, la información se les daba después de hecho el estudio.

Los cuestionarios se les administró en forma individual, siendo muy variable el tiempo que utilizaron para resolverlos, ya que además del factor de inseguridad influyeron el nivel de escolaridad, el grado de severidad de la ar-

tritis en las manos, va que algunos pacientes comentaron que tenían dificultad para marcar las respuestas debido a su limitación física, y en el caso de la parálisis facial, la lagftalmia que presentaban les impedía resolver en forma continua los cuestionarios, y muchas veces tenían que interrumpir el trabajo debido al ardor y lagrimeo, sin embargo se observó un mayor tiempo en los pacientes con artritis reumatoide, ya que emplearon de 15 a 45 minutos en contestar el EPQ, y de 10 a 40 minutos el GHQ, en el caso de los pacientes con parálisis facial el tiempo empleado fue de 15 a 35 minutos para el EPQ, y de 10 a 28 para el GHQ. En ocasiones fue necesario aplicar los cuestionarios en dos sesiones, lo que sucedió con tres pacientes con artritis reumatoide, y en siete pacientes con parálisis facial, pero en ambos casos se trató de pacientes que asistían al tratamiento en la unidad 402. Se ejerció una mayor presión en los pacientes que eran enviados del servicio de Reumatología, para que contestaran los cuestionarios en una sola sesión va que sus citas para consulta en ese servicio están separadas por un intervalo más o menos largo para los propósitos de este estudio.

Dentro del grupo de artritis reumatoide se le leyó el cuestionario a ocho personas que representan el 32 %, y en el grupo de parálisis facial se le leyó a una persona, lo que constituye el 4 %, se les leyó por ser analfabetas.

Se controlaron las variables de sexo y edad en la siguiente forma: se escogió un rango de edad que va de 20 a 59

años, el que a su vez se dividió en intervalos que van de 20 a 24 años, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54 y de 55 a 59. Se aparearon los sujetos de acuerdo a su sexo y al intervalo de edad, constituyéndose 25 parejas, las que se formaron con sujetos tomados al azar dentro del grupo de personas a quienes se les aplicó los cuestionarios, y de los que se desconocían sus puntajes.

Los cuestionarios se aplicaron a un total de 75 personas, de las cuales 38 eran artríticas y 37 de parálisis facial; los datos que se reportan en el presente trabajo sólo se refieren a las 50 personas que se seleccionaron para el estudio. No se llevó un control sobre cuales eran las respuestas que los pacientes tendían más a evitar, aunque se observó una mayor frecuencia para evitar respuestas en ambos cuestionarios en los pacientes con parálisis facial.

Los cuestionarios se calificaron en la forma siguiente:

a) En el EPQ la calificación se hizo como se indicó anteriormente de acuerdo al manual del cuestionario (11).

b) En el GHQ (para ver el cuestionario revisar anexo 2), se consideró que el paciente puntuaba cuando marcaba las opciones c o d, tomándose como un punto, y cero puntos cuando marcaba la opción a o b, ya que indicaba que no había sin tomas recientes o cambios en los permanentes. El punto de corte utilizado fue de 7/8.

### 3.3 RESULTADOS

En los siguientes cuadros se expondrán los resultados - obtenidos a través del estudio para cada grupo y de la comparación entre ellos. En el cuadro 1 se muestran las puntuaciones obtenidas en el EPQ por el grupo de artríticos y de parálisis facial así como su desviación estandar.

Cuadro N° 1.- Resultados del EPQ en el grupo de artríticos y de parálisis facial.

	ESCALA	PROMEDIO	DESV. EST.
Artríticos	E	11.44	3.27
(grupo de casos)	N	15.72	4.75
	L	13.52	3.07
Parálisis facial.	E	12.48	4.01
(grupo de casos)	N	15.88	3.86
	L	12.52	3.46

El cuadro número dos muestra las puntuaciones obtenidas en el GHQ por ambos grupos.

Las frecuencias de puntajes obtenidas en la escala E y N en el EPQ con relación a la edad se presentan en las gráficas 1 y 2 para el grupo de artríticos y de parálisis facial respectivamente.

Cuadro N° 2.- Resultados del GHQ en el grupo de artríticos y de parálisis facial.

	PROMEDIO	DESV. EST.
Artríticos	18.16	13.25
Parálisis facial	19.16	14.34

Haciendo la comparación entre los grupos con los resultados obtenidos en las dimensiones E y N según la teoría de la personalidad de Eysenck se tiene:

	ARTRÍTICOS		PARÁLISIS FACIAL	
	n	%	n	%
Estables extrovertidos	2	8	3	12
Estables introvertidos	6	24	4	16
Neuróticos extrovertidos	10	40	9	36
Neuróticos introvertidos	7	28	9	36
	25	100	25	100

Resumiendo se tiene:

	ARTRÍTICOS		PARÁLISIS FACIAL	
	n	%	n	%
INESTABLES	17	68	18	72
ESTABLES	8	32	7	28
	25	100	25	100

Obteniéndose una  $X^2$  de 0.09516.

Concordancia de los cuestionarios GHQ y EPQ en el grupo de pacientes artríticos (GHQ con un punto de corte de 7/8).

	NORMAL		ANORMAL	
	n	%	n	%
NORMAL	4	16	4	16
ANORMAL	3	12	14	56

porcentaje total que concuerda : 72 %

Concordancia de los cuestionarios EPQ y GHQ en el grupo de pacientes con parálisis facial (GHQ con punto de corte de 7/8).

	NORMAL		ANORMAL	
	n	%	n	%
NORMAL	3	12	4	16
ANORMAL	5	20	13	52

porcentaje total que concuerda : 64 %

Concordancia entre discrepancia entre test (EPQ y GHQ) en el grupo de artríticos.

Porcentaje total que concuerda: 72 %

Porcentaje total que no concuerda: 28 %

E. s. = 8.98

2.5 (E. s.) = 22.45

44 > 22.45 por lo tanto es estadísticamente significativo.

Concordancia contra discrepancia entre test (EPQ y GHQ)  
en el grupo de parálisis facial.

Porcentaje total que concuerda: 64 %

Porcentaje total que no concuerda: 36 %

E.s. = 9.6                      2.5 (E.s.) = 24

28 > 24 por lo tanto es estadísticamente significativo al  
5 %.

Concordancia contra discrepancia entre test (EPQ y GHQ)  
para ambos grupos. Diferencia entre porcentajes.

E.s. = 13.14                      2.5 (E.s.) = 32.85

8 < 32.85 por lo tanto no es estadísticamente significativo.

Comparación de la diferencia entre porcentajes de neuró-  
ticos contra no neuróticos en los dos grupos tomando los da-  
tos del cuestionario EPQ solamente.

Artríticos: neuróticos 68 %      no neuróticos 32 %

Parálisis facial: neuróticos 72 %      no neuróticos 28 %

E.s. = 12.9                      2.5 (E.s.) = 32.25

4 < 32.25 por lo tanto no es estadísticamente significativo

Comparación de la diferencia entre porcentajes de neuró-  
ticos contra no neuróticos en el grupo de artritis. EPQ sola-  
mente.

Neuróticos 68 %

No neuroticos 32 %

E.s. = 9.32                      2.5 (E.s.) = 23.3

36 > 23.3 por lo tanto si es estadísticamente significativo

Comparación de la diferencia entre porcentajes de neuró-  
ticos contra no neuróticos en el grupo de parálisis facial.

EPQ solamente.

Neuróticos 72 %

No neuróticos 28 %

E.s. = 8.97                      2.5 (E.s.) = 22.44

44 > 22.44 por lo tanto si es estadísticamente significativo.

Comparación de la diferencia entre porcentajes de normales contra anormales en el grupo de artritis. (GHQ solamente, 7/8).

Normales 32 %

Anormales 68 %

E.s. = 9.32                      2.5(E.s.) = 23.3

36 > 23.3 por lo que si es estadísticamente significativo.

Comparación de la diferencia entre porcentajes de normales contra anormales en el grupo de parálisis facial. GHQ solamente (7/8).

Normales 32 %

Anormales 68 %

E.s. = 9.32                      2.5 (E.s.) = 23.3

36 > 23.3 por lo que si es estadísticamente significativo.

Comparación de la diferencia entre porcentajes de normales contra anormales en el grupo de artríticos. GHQ solamente (4/5).

Normales 20 %

Anormales 80 %

E.s. = 8                              2.5 (E.s.) = 20

60 > 20 por lo que si es estadísticamente significativo.

Comparación de la diferencia entre porcentajes de normales  
contra anormales en el grupo de parálisis facial.

GHQ solamente (4-5).

Normales 16 %

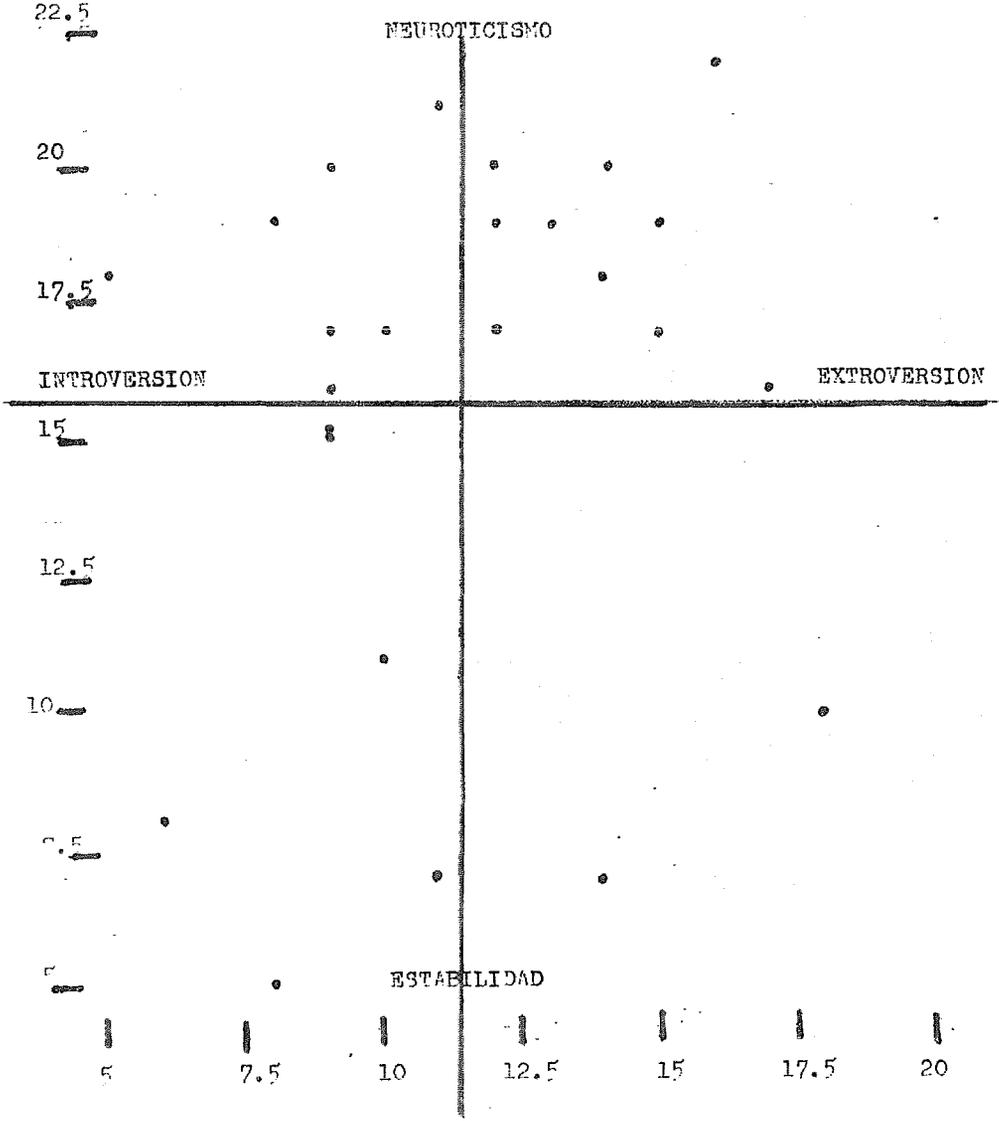
Anormales 84 %

E.s. = 7.33

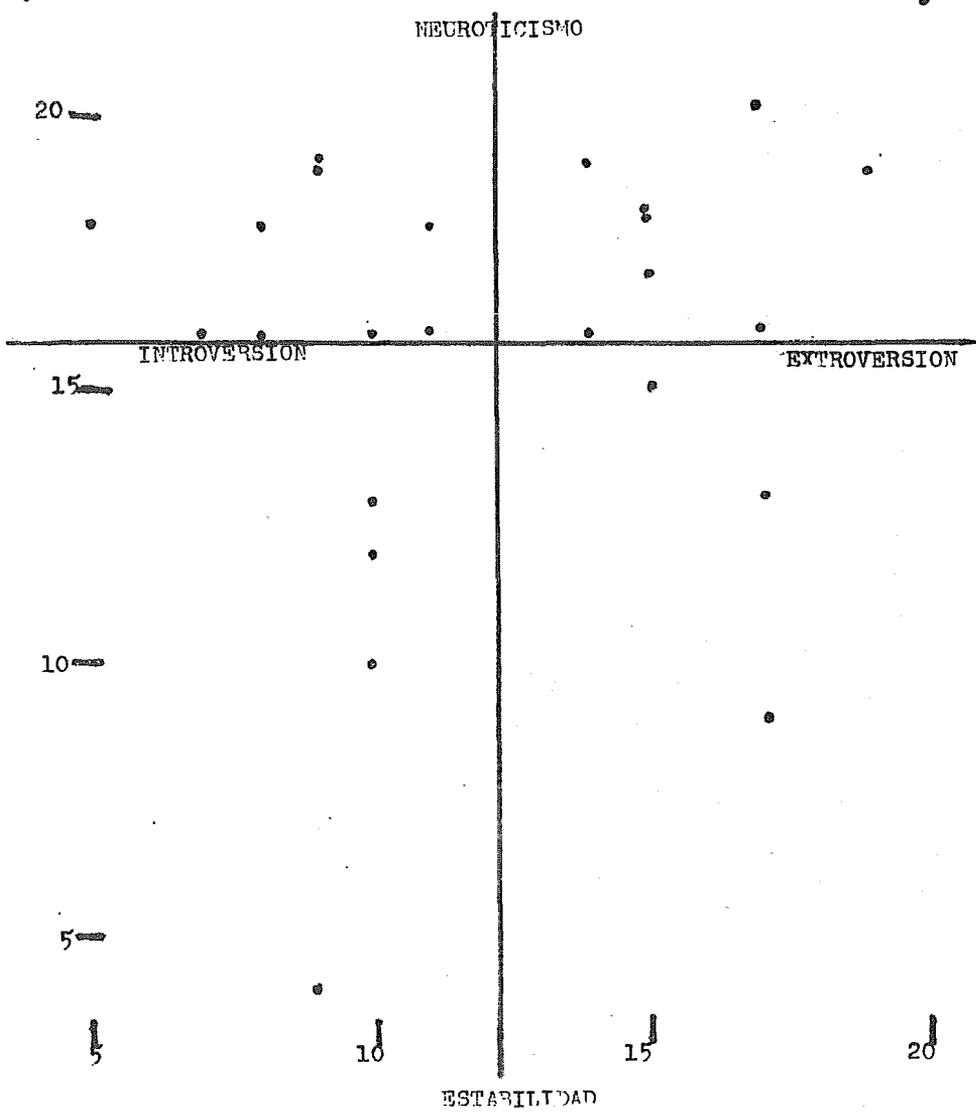
$2.5(E.s.) = 18.32$

$68 > 18.32$  por lo que si es estadísticamente significativo.

Gráfica N° 1.- Representación gráfica del grupo de ar--  
tríticos en las dimensiones de Extroversión-Introversión y -  
Neuroticismo-Estabilidad.



Gráfica N° 2.- Representación gráfica del grupo de parálisis facial en las dimensiones de Extroversión-Introversión y Neuroticismo-Estabilidad.



#### 4.0 DISCUSION

Sin duda que dentro de los problemas de la salud juegan un gran papel las perturbaciones psicológicas que suelen presentarse en pacientes aquejados por enfermedades somáticas - con las cuales se les relaciona íntimamente.

El paciente con artritis reumatoide, es uno de los enfermos en quienes se ha observado que se presentan mayores problemas de orden físico que lo pueden conducir en forma gradual (sobre todo si no recibe la atención adecuada y oportuna), a un estado de invalidez presentándose en ellos alteraciones de índole psicológico. Debido a esto diversas investigaciones se han realizado en este tipo de pacientes, siendo diferentes las conclusiones a las que han llegado los investigadores.

Hay autores (Ellman, Mitchell, Ludwig, Blom, Nicholls, etc.), que consideran que el paciente con artritis reumatoide tiene una personalidad específica y premórbida que está presente desde antes del inicio de la enfermedad, otros en cambio (Solomon, Moos, Hoffman, etc.), no encuentran, o encuentran escasas características que puedan asignarse como específicas de estos pacientes. Y hay quienes consideran (como Spergel), que aunque la personalidad del artrítico no es específica, parece existir una personalidad crónicamente

enferma con características que pueden presentarse en otras poblaciones de pacientes.

En cualquiera de los casos y tomando en cuenta que este padecimiento se encuentra con frecuencia en la población independientemente de la edad de los sujetos, es importante detectar esas perturbaciones emocionales, ya que parecen influir en forma negativa en el tratamiento médico y rehabilitatorio del paciente. Con tal motivo el presente estudio estuvo encaminado a detectar tales perturbaciones, por lo que se buscó instrumentos sensibles, capaces de detectarlas, de comprobada confiabilidad y validez como son el EPQ y el GHQ (ver referencias).

En los siguientes párrafos se expondrán los resultados obtenidos en el presente trabajo.

Al evaluar los puntajes obtenidos en el EPQ, se encontró que los pacientes con artritis reumatoide en su mayoría tienden a mostrar características que los sitúan dentro de los introvertidos, aunque la discrepancia con los de característica de extroversión fue mínima, ya que se tuvo un 52 % de introvertidos y un 48 % de extrovertidos, discrepancia que no es estadísticamente significativa. En cambio, en la dimensión de neuroticismo los pacientes que alcanzaron puntajes altos fue de un 68 %, porcentaje que es estadísticamente significativo al compararlos con los que alcanzaron bajos puntajes en esta dimensión, clasificándose como estables. Por lo que se puede decir que de acuerdo a estos resultados los artríticos tienden a ser personas sobrerreactivas y exce

sivamente responsables emocionalmente, tienen dificultades para volver a una estabilidad después de experiencias emocionales, ansiosos. Dentro de estos pacientes encontramos un grupo situado dentro de los distímicos y a otro dentro de los histéricos (en éstos con una mayor frecuencia que no llega a ser significativa), según la teoría de Eysenck, con las características correspondientes a esos grupos, que son para el primero: personas introvertidas, pesimistas, excesivamente responsables, poco comunicativas, restringidas en sus relaciones sociales, etc., y para el segundo: personas agresivas, cambiantes, manipuladoras, afectas a las relaciones sociales, ansiosas, etc.

Los puntajes alcanzados por el grupo de comparación fueron muy semejantes a los de los artríticos, y al realizarse tratamiento estadístico no se encontraron discrepancias significativas, aunque el promedio de puntajes en las dimensiones E y N, en el grupo de comparación fue ligeramente más alto. Por consiguiente, las características encontradas en los artríticos también pueden atribuirseles a los pacientes con parálisis facial, lo que no da apoyo al supuesto inicial de este trabajo que consideraba que dadas las características de la enfermedad progresiva e invalidante, los pacientes con artritis reumatoide tenderían a presentar más perturbaciones psicológicas y mayor tendencia a la depresión que los pacientes con una enfermedad aguda. En cambio, en la escala T, el promedio del grupo de artríticos tendió a ser más alto, lo -

que puede deberse a que los pacientes con parálisis facial -  
tienden menos a mentir debido a la preocupación que les pro-  
duce su afección reciente, en cambio, en el paciente crónico  
por el hecho de tener un mayor tiempo de evolución, puede -  
presentar una mayor tendencia a dar respuestas socialmente -  
aceptables.

Al hacer una comparación en el GHQ de los puntos de cor-  
te 7/8, y 4/5, no se encontraron diferencias estadísticamen-  
te significativas.

Por los puntajes obtenidos en el GHQ, se encontró que -  
tanto los pacientes artríticos como los de parálisis facial,  
se puede considerar que sufren alteraciones psiquiátricas y  
que el porcentaje de pacientes con alteraciones es significa-  
tivamente mayor que los no neuróticos. Al comparar los resul-  
tados de los puntajes en el GHQ, no se encontraron diferen-  
cias significativas entre ambos grupos.

Al buscar la concordancia entre los dos cuestionarios y  
utilizados en el estudio, se encontró que ambos instrumentos  
tienen un alto porcentaje de coincidencias, un 72 % para los  
artríticos, y un 64 % para los de parálisis facial, las dis-  
crepancias resultantes no son estadísticamente significati-  
vas.

#### 4.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y SUGERENCIAS

En este estudio no hubo una iguaslación en el nivel social, económico y educativo de los pacientes, aunque dadas las características de los instrumentos empleados no ejercen gran influencia en los resultados. Tomando en cuenta que no hubo un control del grado de severidad de la enfermedad en los pacientes, y a que se llevó a cabo en muestras pequeñas, no representativas de su población, los resultados no pueden ser generalizados, además no se contó con una condición estandar de aplicación de los cuestionarios. Por lo que se sugiere tener en cuenta esas limitaciones en futuras investigaciones.

En el caso de los pacientes con parálisis facial sería conveniente aplicar un retest una vez concluido su tratamiento, o se ha logrado una recuperación, con la finalidad de investigar si se tiene una variación en los puntajes de los cuestionarios y ver si esa variación es significativa, para ver si los puntajes se debieron sólo a su estado agudo o si es una característica permanente en ellos; este tipo de pacientes han sido poco investigados en cuanto a las alteraciones psicológicas como consecuencia de su afección.

En el caso de los artríticos, el hecho de haber mostrado una mayor tendencia a dar respuestas socialmente acepta-

bles, ¿habrá influido para que sus características de neuroticismo no hayan sido mayores que en el grupo de pacientes - gudos?. Quizá futuras investigaciones al respecto pudieran - dar respuesta a esta pregunta.

Los cuestionarios utilizados en este trabajo es la primera vez que se aplican en nuestro país en este tipo de pacientes, además es la primera vez que se utilizó como criterio de comparación el GHQ del EPQ, y sobre todo se investigó un tipo de pacientes que ha sido poco estudiados, como son los artríticos; en el caso de pacientes con parálisis facial no se tiene información de que se hayan efectuado estudios - al respecto en nuestro país.

## 5.0

## CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio indican que los artríticos muestran rasgos de neuroticismo, y dentro de éstos se observó un número semejante entre introvertidos y extrovertidos. Aunque no hubo diferencias significativas, se observó una mayor tendencia a mostrar características del grupo de los histéricos, sin embargo no se puede afirmar que es un patrón de personalidad característico del artrítico.

Los resultados obtenidos en esta investigación no apoyan el supuesto de que el artrítico tenga una personalidad específica, ya que no sólo puede ser semejante a otro tipo de pacientes crónicos, sino que también puede ser semejante su patrón de personalidad a pacientes que padezcan una enfermedad aguda.

Igualmente se puede decir que las enfermedades que se presentan en forma aguda pueden producir alteraciones de orden psicológico, en el caso que nos ocupa, puede ser como consecuencia de la discrepancia entre la imagen corporal previa a la alteración reciente, lo que puede influir para que se den menos respuestas socialmente aceptables.

En ambos grupos se encontraron alteraciones psiquiátricas muy similares, dadas por el mayor porcentaje de rasgos de neuroticismo obtenidos en los cuestionarios, por lo que

no se confirmó el supuesto de que en los pacientes crónicos esas perturbaciones serían mayores; se puede suponer que esos disturbios se presentaron en forma concomitante o posterior a la aparición de la enfermedad, dado a que se seleccionó a los pacientes que no tuvierán antecedentes de alteraciones psiquiátricas.

Los resultados sugieren que es indispensable que además del tratamiento médico se les dé un tratamiento dirigido a los factores psicológicos, ya que se pueden presentar disturbios emocionales como efecto de las alteraciones somáticas.

Se encontró que los cuestionarios son sensibles para detectar la morbilidad psiquiátrica y de fácil aplicación, a pesar de las limitaciones de los pacientes dadas sus condiciones físicas; además en el GHQ se pueden utilizar indistintamente los puntos de corte 7/8 o 4/5. La alta concordancia entre el GHQ y el EPQ, hace pensar que son instrumentos válidos en la detección de esas perturbaciones psiquiátricas en poblaciones de pacientes, y se pueden utilizar rutinariamente para evaluar en forma general a los pacientes que acuden a un hospital, además se tiene la ventaja de que los resultados serán independientemente de la inteligencia de los sujetos, lo que significa un ahorro de tiempo ya que no se tiene que aplicar pruebas de inteligencia.

Finalmente, al hacer una evaluación de los disturbios psiquiátricos presentes en algún paciente como resultado de su enfermedad, puede ser igualmente válido usar un modelo psicológico (EPQ), o uno médico (GHQ).

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Sujeto No. \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_

Acompañante o Paciente: \_\_\_\_\_

6.0 ANEXO

Nº 1..

SSA-IMSS.

**INSTRUCCIONES:** Por favor conteste cada pregunta poniéndole al "SI" ó al "No" un círculo. Esto en cada pregunta. En este cuestionario no hay respuestas correctas ni incorrectas. Conteste el cuestionario lo más rápido posible y no piense demasiado en el significado de las preguntas. Recuerde usted de contestar cada una de las preguntas.

1. ¿Tiene usted muchos pasatiempos o cosas que le gustan mucho hacer como tejer, pintar, nadar, ir al cine o cocinar? SI NO
2. ¿Cuando va a hacer algo, lo piensa mucho antes de hacerlo? SI NO
3. ¿Cambia su estado de humor ó ánimo con frecuencia? SI NO
4. ¿Se ha beneficiado de algo que usted sabía que otra persona había hecho?. Ejemplo: uno de sus hijos dice que hizo el mandado, cuando realmente fue otro hijo el que lo hizo. SI NO
5. ¿Es usted una persona que habla mucho? SI NO
6. Si tuviera deudas, ¿estaría usted preocupada? SI NO
7. ¿Se siente usted mal y poca cosa con frecuencia, sin haber ninguna razón? SI NO
8. Por ambiciosa, ¿en alguna ocasión ha tomado algo que no es suyo? SI NO
9. ¿Cierra usted su casa cuidadosamente en la noche? SI NO
10. ¿Es usted una persona muy alegre y animada? SI NO
11. ¿Le duele a usted ver sufrir a los niños y animales? SI NO
12. ¿Se preocupa frecuentemente por cosas que no debió haber hecho o dicho? SI NO
13. Cuando dice que hará algo, ¿lo cumple aunque le traiga problemas? SI NO
14. Cuando va a fiestas alegres, ¿se siente bien y puede divertirse? SI NO
15. ¿Es usted una persona que se enoja fácilmente? SI NO
16. ¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que usted había hecho? SI NO
17. ¿Le gusta conocer gente nueva? SI NO
18. ¿Considera usted que ahorrar es una buena idea? SI NO
19. ¿Son sus sentimientos fáciles de lastimar? SI NO
20. ¿Son todas sus costumbres buenas y recomendables? SI NO

21. ¿Siempre usted sabe lo que pasa en el pueblo, por ejemplo matrimonios, problemas, escándalos, fiestas, etc.? SI NO
22. ¿Tomaría usted drogas que pudieran tener efectos extraños y peligrosos? SI NO
23. ¿Se siente usted a menudo harto y cansado? SI NO
24. ¿Ha tomado usted alguna vez algo (aunque sea un alfiler o un botón) que no le pertenezca? SI NO
25. ¿Le gusta mucho salir a divertirse? SI NO
26. ¿Disfruta cuando lastima a las personas que quiere frecuentemente? SI NO
27. ¿Siente usted como si fuera culpable de algo? SI NO
28. En algunas ocasiones, ¿habla de cosas sobre las que usted no sabe nada? SI NO
29. ¿Prefiere oír el radio o ver la T.V. en vez de conocer gente? SI NO
30. ¿Tiene usted enemigos que desearían lastimarlo? SI NO
31. ¿Se considera una persona nerviosa? SI NO
32. ¿Tiene usted muchos amigos? SI NO
33. ¿Disfruta usted hacer bromas que pueden llegar a lastimar a la gente? SI NO
34. ¿Es usted una persona que se preocupa por todo? SI NO
35. ¿Cuando usted era niño hacía lo que se le ordenaba inmediatamente sin enojarse? SI NO
36. ¿Puede usted considerarse una persona feliz y con suerte? SI NO
37. ¿Es importante para usted ser limpio y de buenos modales? SI NO
38. ¿Se preocupa usted por cosas malas que puedan suceder, ejemplo: temblor, desborde de un río, etc.? SI NO
39. ¿Alguna vez ha roto o perdido algo de otra persona? SI NO
40. ¿Se considera usted una persona nerviosa o tensa? SI NO
41. ¿Es usted una persona que puede buscar u hacer nuevos amigos? SI NO
42. ¿Cuando está con otras personas es usted muy callado? SI NO
43. ¿Considera que el matrimonio es anticuado y debiera quitarse? SI NO
44. ¿En algunas ocasiones tiende usted a presumir? SI NO
45. ¿Puede usted fácilmente, alegrar una fiesta muy aburrida? SI NO
46. ¿Le molestan las personas que manejan cuidadosamente un carro o camión? SI NO

3.3

- 47. ¿Se preocupa o interesa usted por su salud? SI NO
- 48. ¿Ha habido alguna ocasión en la cual usted ha dicho cosas malas acerca de alguien? SI NO
- 49. ¿Le gusta platicar bromas y chistes a los amigos? SI NO
- 50. ¿Que la mayoría de la comida le sabe igual? SI NO
- 51. Cuando usted fue niña, ¿en alguna ocasión engaño a sus padres? SI NO
- 52. ¿Le gusta a usted mezclarse y estar con gente? SI NO
- 53. Si usted supiera que ha cometido errores en su trabajo, ¿le preocuparía? SI NO
- 54. ¿Tiene usted problemas para dormir? SI NO
- 55. ¿Se lava usted las manos siempre antes de comer? SI NO
- 56. Cuando la gente platica con usted, ¿casi siempre sabe que contestar? SI NO
- 57. ¿Le gusta llegar a sus citas con mucho tiempo antes? SI NO
- 58. Sin haber ninguna razón, ¿se siente usted con frecuencia cansada, y que no le importan las cosas? SI NO
- 59. ¿Ha hecho usted alguna vez trampa en un juego? SI NO
- 60. ¿Disfruta usted de hacer cosas en las cuales tiene que actuar rápidamente? SI NO
- 61. ¿Su mamá fue o es una buena mujer? SI NO
- 62. ¿Frecuentemente siente usted que la vida es aburrida? SI NO
- 63. ¿Ha tomado usted ventaja de alguien alguna vez? SI NO
- 64. ¿Con frecuencia, hace usted más cosas de las que puede hacer? SI NO
- 65. ¿Hay algunas personas que continuamente lo tratan de evitar, por ejemplo, si lo ven, voltearse y no saludarlo? SI NO
- 66. ¿Se preocupa usted mucho por su apariencia? SI NO
- 67. ¿Piensa usted que la gente pasa mucho tiempo trabajando y guardando dinero, preocupándose por su futuro? SI NO
- 68. ¿En alguna ocasión ha deseado usted estar muerto? SI NO
- 69. ¿Dejaría de pagar algo que debe, si estuviera seguro que nunca lo encontrarían? SI NO
- 70. ¿Es usted capaz de iniciar la diversión en una fiesta? SI NO
- 71. ¿Trata usted de no ser brusca o ruda con la gente? SI NO
- 72. Después de hacer el ridículo (ejemplo: emborrachándose en una fiesta o si se le rompen los huevos en la calle) ¿se queda usted preocupada por mucho tiempo? SI NO

73. ¿En alguna ocasión, insiste que se hagan las cosas como usted quiere? SI NO
74. Cuando sale del pueblo en camión, ¿lo toma en el último minuto? SI NO
75. ¿Sufre usted de los nervios? SI NO
76. ¿Fácilmente sus amigos rompen con usted sin que éste sea por su culpa? SI NO
77. ¿Se siente usted solo frecuentemente? SI NO
78. ¿Hace usted lo que aconseja a los demás? SI NO
79. ¿Le gusta en ocasiones molestar o lastimar a los animales? SI NO
80. ¿Es usted de las personas que se lastima muy fácilmente cuando la gente le encuentra fallas a usted o a su trabajo? SI NO
81. ¿Ha llegado usted tarde en alguna ocasión a una cita o a su trabajo? SI NO
82. ¿Disfruta usted de mucho bullicio y animación a su alrededor, por ejemplo: cuando camina usted en una feria? SI NO
83. ¿Le gustaría que otras personas le tuvieran miedo? SI NO
84. ¿Está usted en algunas ocasiones llena de fuerza y en otras muy lenta y floja? SI NO
85. ¿En algunas ocasiones deja usted para mañana lo que debe hacer hoy? SI NO
86. ¿Piensa la gente que usted es una persona muy alegre y animada? SI NO
87. ¿La gente le platica a usted muchas mentiras? SI NO
88. ¿Es usted delicado para ciertas cosas? SI NO
89. ¿Cuando comete un error, lo puede usted aceptar o reconocer? SI NO
90. ¿Cuando ve a un animal atrapado en una trampa se siente triste? SI NO

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Sujeto No.: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_ Acompañante o familiares \_\_\_\_\_ SSA - IMSS \_\_\_\_\_

ACTUALMENTE	A	B	C	D
1.- Últimamente me siento bien y con buena salud	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
2.- Recientemente he necesitado tomar vitaminas.	Casi no	De vez en cuando	Muy a menudo	Muchísimo
3.- Últimamente siento que ya no puedo más y me estoy dando por vencido	No	Sí, igual que siempre	Sí, más que antes	Sí, pero mucho más que antes
4.- Me siento enfermo últimamente	No	Igual que siempre	Más que antes	Mucho más que antes
5.- Recientemente me dan dolores de cabeza.	No	Igual que siempre	Más que antes	Mucho más que antes
6.- Últimamente he estado preocupado y con dolor de peso en la cabeza.	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
7.- Últimamente siento que me puedo dedicar a algo sin distraerme	Sí, mejor que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
8.- Últimamente me da miedo de que me vaya a desmayar delante de la gente.	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
9.- Últimamente he sentido demasiado calor o frío en mi cuerpo	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes

ACTUALMENTE

	A	B	C	D
- Sudo mucho últimamente	No	Igual que siempre	Más que antes	Mucho más que antes
- Últimamente de repente me despierto en la madrugada y no me puedo volver a dormir	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
- Últimamente aunque duerma no des-canso y me levanto cansado	No	Igual que siempre	Más que antes	Mucho más que antes
- Últimamente me siento cansado y ago-tado aún para comer.	No	Igual que siempre	Más que antes	Mucho más que antes
- No me puedo dormir por las preo-cupaciones que tengo últimamente.	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
- Recientemente me siento bien des-pierto y pongo atención en todo.	Mejor que antes	Igual que antes	Menos despierto que antes	Mucho menos que antes
- Últimamente me siento lleno de fuerza y de energía.	Mejor que antes	Igual que antes	Con menos energía que antes	Con mucho menos energía que antes
- Últimamente tiene usted alguna di-ficultad o problema para comenzar a dormir.	No	Igual que siempre	Más que antes	Mucho más que antes
- Últimamente me despierto varias ve-ces durante la noche.	No	Igual que siempre	Más que antes	Mucho más que antes
- Recientemente he tenido muchos sueños malos y pesadillas que me ponen nervioso	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
- Recientemente durante la noche me siento molesto y alterado	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes

ACTUALMENTE	A	B	C	D
- Recientemente como que siempre tengo que estar haciendo algo.	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
- Últimamente siento que me estoy tardando más en hacer mis cosas.	No, las hago más rápido que antes.	Igual que antes	Me tardo más que antes	Me tardo mucho más que antes
- Recientemente ha perdido el interés o el gusto por lo que tiene que hacer todos los días.	No	Igual que siempre	Más que antes	Mucho más que antes
- Últimamente me ha dejado de importar si estoy o no estoy limpio.	No	Igual que antes	Más que antes	Muchísimo más que antes
- Últimamente no me importa como me visto.	No, si me importa como me visto	Igual que antes	Me importa menos que antes	Me importa mucho menos que antes
- Últimamente ha estado saliendo a divertirse igual que antes.	He estado saliendo más que antes	Igual que antes	Salgo menos que antes	Salgo mucho menos que antes
- Últimamente yo me porto y hago las cosas igual que las demás gentes.	Mejor que los demás	Igual que los demás	No tan bien como los demás	Mucho peor que los demás
- En general últimamente las cosas que hago las hago bien.	Mejor que antes	Igual que antes	Menos bien que antes	Mucho peor que antes.
- Últimamente le ha costado trabajo empezar hacer el trabajo de su casa.	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes.
- Últimamente me da gusto como hago las cosas	Me da más gusto que antes	Igual que antes	Menos gusto que antes	Mucho menos gusto que antes

ACTUALMENTE

	A	B	C	D
- Recientemente siento que puedo querer a mi familia y a mis amigos.	Los puedo querer más que antes	Igual que antes	Los puedo querer menos que antes	Los puedo querer mucho más que antes
- Últimamente me es fácil llevarme bien con los demás.	Mejor que antes	Igual que antes	Menos bien que antes	Mucho menos que antes
- Últimamente platica usted demasiado tiempo con la gente.	Sí, mucho más	Igual que antes	Menos tiempo que antes	Mucho menos que antes
- Últimamente me ha dado miedo de que la gente se burle de mí por parecer tonto al hablar.	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
- Últimamente he pensado que mi vida sirva de algo.	Sí, más que antes	Igual que antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes
- Recientemente siento que usted puede tomar decisiones.	Sí, más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
- Últimamente he sentido como que no puedo iniciar cosas nuevas.	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
- Últimamente siente usted miedo de cualquier cosa que tiene que hacer	No	Igual que siempre	Más que antes	Mucho más que antes
- Últimamente me siento preocupado todo el tiempo.	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
- Últimamente ha sentido usted que no puede resolver sus problemas.	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes

30

ACTUALMENTE

	A	B	C	D
1. Últimamente siento que todo en la vida son problemas.	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
2. Últimamente me gusta y estoy contento con lo que hago todos los días.	Más que antes	Igual que siempre	Menos que antes	Mucho menos que antes
3. Últimamente siento que cualquier cosa se me hace pesada y difícil.	No	Igual que siempre	Más que antes	Mucho más que antes
4. Últimamente me siento raro y de mal humor.	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
5. Recientemente ha tenido usted miedo o nerviosismo sin saber una razón.	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
6. Últimamente se siente capaz de aceptar sus problemas.	Sí, más que antes	Igual que antes	Menos capaz que antes	Mucho menos capaz que antes
7. Recientemente siente usted que ya no aguanta más.	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
8. Últimamente siento que los demás se me quedan viendo.	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
9. Últimamente me he sentido triste y sin esperanzas.	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
10. Últimamente ha perdido la confianza en sí mismo.	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes

ACTUALMENTE

	A	B	C	D
1.- Últimamente me he sentido como que no valgo nada.	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
2.- Últimamente siento que la vida ya no le da nada.	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
3.- Últimamente me he sentido seguro de que me va ir bien en la vida.	Sí, más que antes	Igual que siempre	Menos bien que antes	Mucho menos bien que antes
4.- Recientemente me he sentido más o menos bien.	Más que antes	Igual que antes	Menos bien que antes	Mucho menos bien que antes
5.- Últimamente me siento nervioso y molesto todo el tiempo.	No	Igual que siempre	Más que antes	Mucho más que antes
6.- Últimamente siento usted que no vale la pena vivir.	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
7.- Recientemente ha pensado quitarse la vida.	Definitivamente no	No, creo que no	Sí, se me ha ocurrido	Definitivamente si lo ha pensado.
8.- Últimamente he estado tan nervioso que no puedo leer o ponerme hacer algo.	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
9.- Recientemente ha deseado dejar todo y morirse	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
10.- Últimamente ha estado pensando en quitarse la vida.	Definitivamente no	No, creo que no	Sí, se me ha ocurrido	Definitivamente si lo he pa

8.0 BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aceves, P.S. y colaboradores: Praxis Médica, Monaco, Ediciones Latino-Americanas, 1971, Vol. 8.400 pag. 1-5.
- 2.- Aceves, P.S. y colaboradores: Praxis Médica, Monaco, Ediciones Latino-Americanas, 1971, Vol.8.405 pag. 1-5.
- 3.- Aceves, P.S. y colaboradores: Praxis Médica, Monaco, Ediciones Latino-Americanas, 1971, Vol. 8.415 pag. 1-10.
- 4.- Araiza, A.M.M., Servin, S.E.; Estudios psicológicos de la estructura de la personalidad de los morfomanos y su valor en la psicología clínica. México. UNAM Facultad de Psicología. 1979. Tesis.
- 5.- Bellek, L., Small, L.: Psicoterapia breve y de emergencia. México. Ed. Pax-México. 2<sup>o</sup> ed. 1975 pag. 204-209.
- 6.- Brody, N.: Investigación y teoría de la personalidad. -- México. Ed. El manual moderno S.A. 1977 pag. 42-76.
- 7.- Campillo y colaboradores: Prevalencia de trastornos mentales en la población de pacientes de un centro comunitario. Depto. de investigaciones epidemiológicas y sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.(En prensa) México.
- 8.- Cash, J.E.: Manual de fisioterapia. Barcelona. Ed. Him. 1970 pags. 276-278.
- 9.- Ey, D.P., Brisset, Ch.: Tratado de psiquiatría. Barcelona. Ed. Toray-Masson S.A. 7<sup>a</sup> ed. 1975. pags.890-891; -- 897-898.

- 10.- Eysenck, H.J., Eysenck, B.G.: Manual Eysenck personality inventory. San Diego, California. Educational and Industrial testing service. 1969.
- 11.- Eysenck, H.J., Eysenck, B.G.: Manual of the Eysenck personality questionnaire (junior & Adult). Hodder and Stoughton. 1975.
- 12.- Freedman, A.M., Kaplan, H.I., Sadock, B.J.: Modern Synopsis of Psychiatry. Baltimore. The Williams & Wilkins Co. 1972 pag. 471- 473.
- 13.- Goldberg, D.: A psychiatric study of patients with diseases of the small intestine. Gut. 11: 459-465. 1970.
- 14.- Goldberg, D.P., Blackwell, B.: Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. British Medical Journal. 2: 439-443. 1970.
- 15.- Goldberg, D.P., Cooper, B., Eastwood, M.R., Kedward, H. B., Shepherd, M.; A standardized psychiatric interview for use in community surveys. Brit. J. Prev. Soc. Med. 24: 18- 23. 1970.
- 16.- Gussow, Z.: Behavioral research in chronic disease: A study of leprosy. J.Chron. Dis. 17: 179-189. 1964.
- 17.- Henker, F.O.: Body image conflict following trauma and surgery. Psychosomatics. 20(12): 812-820. 1979.
- 18.- Kanfer, F.H., Phillips, J.S.: Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento. México. Ed. Trillas. 1976. pags. 42-43, 542-546.
- 19.- Kasl, S.V., Cobb, S.: Some psychological factors asso--

- ciated with illness behavior and selected illnesses. -  
J. Chron. Dis. 17: 325-345, 1964.
- 20.- Kissel, P.: Praxis Médica. Monaco, Ediciones Latino-A-  
mericanas, 1960. Vol. 7.058 pag. 7.
- 21.- Kissel, p.: Praxis Médica. Monaco, Ediciones Latino - A-  
mericanas, 1960. Vol. 7.930 pag. 1-10.
- 22.- Kissel, P.: Praxis Médica. Monaco, Ediciones Latino- A-  
mericanas, 1960. Vol. 7.940 pag. 1-13.
- 23.- Lapresle, J., Barbizet, J., Grossiord, A., Pialoux, P.:  
What are the therapeutical possibilities in peripheral  
facial palsies? . Excerpta Médica. 15(11) secc VIII: -  
1369. 1962.
- 24.- Mac Mahon, B., Pugh, T.F?: Principios y métodos de Epi-  
demiología. México. La Prensa Médica Mexicana. 1978. pag  
223-234.
- 25.- Moas, R.H.: Personality factors associated with rheuma-  
toid arthirtis: A review. J. Chron. Dis. 17: 41-55, 1964
- 26.- Muñoz, P.E., Vázquez, J.L., Rodríguez F. y cols.: Adap-  
tación española del General Health Questionnaire (G.H. -  
Q.) de D.P. Goldberg. (Un método de identificación de -  
casos psiquiátricos en la comunidad). S.I.S.D.A. Depto.  
de Psiquiatría Social. Pamplona Navarra, España. (No se  
reportan más datos de su publicación).
- 27.- Nordlicht, S.: Facial disfigurement and psychiatric se-  
quelae. New York State Journal of Medicine. pag. 1382-  
1384. 1979.

- 28.- Ouellette, P.L.: Psychological ramifications of facial change in relation to orthodontic treatment and orthognathic surgery, J. Oral Surgery. 36: oct. 787-790. 1978.
- 29.- Pierloot, R.A. : Psychogenesis of somatic disorders. Psychosom. 32: 27-40 . 1979.
- 30.- Rivera, O., Lucio, M.E., Monzón? L.: Utilización del inventario de salud de Goldberg en la detección precoz de alteraciones mentales en estudiantes universitarios. Depto. de Psicología Médica, Psiquiatria y Salud Mental Facultad de Medicina UNAM. Centro Mexicano de estudios en salud mental. México. Revista de Salud Mental.  
(En prensa).
- 31.- Robbins, S.L.: Patología estructural y funcional. México Ed. Interamericana. 1975. pags. 1408-1416.
- 32.- Robinson, C.E.G.: Emotional factors and rheumatoid arthritis. Canad. M. A. J. 77(15): 344-345. 1957.
- 33.- Schwartz, L.H., Marcus, R., Condon, R.: Multidisciplinary group therapy for rheumatoid arthritis. Psychosomatics. 19(5): 289-293. 1978.
- 34.- Segatore, L., Poli, G.: Diccionario Médico. Barcelona. Ed. Teide. S.A. 5<sup>a</sup> ed. 1976 pags. 142-143, 144, 1078-1080 973-974, 873, 280.
- 35.- Spergel, P., Ehrlich, G.E., Glass, D.: The rheumatoid arthritic personality: A psychodiagnostic myth. Psychosomatics. 19(2): 79-86. 1978.

- 36.- Stricker, G., Clifford, E., Cohen, L.K., Fiddon, D.B., Meskin, L.H., Evans, C.A.: Psychosocial aspects of cranio facial disfigurement. Am. J. Orthod. 76(4): 410-422. 1979.
- 37.- Suros, F.J., Suros, B.J.: Semiología médica y técnica explorativa. Barcelona. Ed. Salvat. 6<sup>a</sup> ed. 1978. pag. 802-804.
- 38.- Tarnopolsky, A., Hand, D.J., Mc Lean, E.K., Howard, R., Wiggins, R.D.: Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community. Brist. J. Psychiat. 134: 508-515. 1979.
- 39.- Udelman, H.D., Udelman, D.L.: Rheumatology reaction pattern survey. Psychosomatics. 19(12): 776-780. 1978.
- 40.- Yela, G.M.: Psicometría y estadística O.N.C.E. 11. Madrid. Imprenta Nacional Braille. 1973. Vol.5 pags. 27-29.
- 41.- Zeitlin, D.J.: Psychological issues in the management of rheumatoid arthritis. Psychosomatics. 18(3): 7-14. 1977.