

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS



✓
**ALGUNAS VARIABLES EN LA PERSONA-
LIDAD DEL TUBERCULOSO PULMONAR.**
(Formulario Madison)

T E S I S

Que para obtener el grado de:

MAESTRA EN PSICOLOGIA

Presenta:

Amelida Aréchiga Almaguer.

MEXICO, D.F.

1963



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Al Dr. Luis Lara Tapia como asesor de tesis y al Dr. Celis, Jefe de la Unidad de Neumología del Hospital General, expreso mi sincero agradecimiento por su interés, valiosa ayuda y orientación para la realización del presente trabajo.

Ps(1) 36

20929

A TODAS LAS PERSONAS QUE POR ALCUN MOTIVO AMO.

C O N T E N I D O

CAPITULO	I.-	Introducción.
CAPITULO	II.-	Características generales de la Tuberculosis Pulmonar.
CAPITULO	III.-	Características generales de la estructura de la personalidad.
CAPITULO	IV.-	Revisión de Literatura.
CAPITULO	V.-	Muestra.
CAPITULO	VI.-	Material y Método.
CAPITULO	VII.-	Resultados y Gráficas.
CAPITULO	VIII.+	Análisis de los datos.
CAPITULO	IX.-	Conclusiones.
CAPITULO	X.-	Bibliografía.

I N T R O D U C C I O N

Puesto que en México pocos han sido los estudios realizados en torno a las actitudes del tuberculoso pulmonar, se despertó el interés por conocer si éstas pueden ser factores determinantes en su padecimiento y en la evolución del mismo o en que forma influyen sobre la enfermedad y tratamiento, adaptación al medio hospitalario y extra-hospitalario; es también de sumo interés el comprobar y tratar de explicarse las diferencias de actitudes entre el hombre y la mujer. Lo cual se trató de lograr mediante el estudio realizado en la Unidad de Neumología del HOSPITAL GENERAL de la Ciudad de México D.F.

Es así como a través del tiempo transcurrido y del trabajo realizado, (en el cual se utilizaron varias pruebas que nos dieran a conocer ciertas actitudes en el tuberculoso pulmonar), se encontró que el Formulario Madison de Frases Incompletas exploraba varios aspectos en los que quedaban plasmadas características importantes; siendo por lo tanto una gran ayuda para el psicólogo el cual para estos enfermos juega un papel impor-

tante, ya que para su rehabilitación el déficit psíquico llega a ser en gran número de los casos, superior al déficit físico, - creando serios problemas en su conducta. Si estos problemas pueden llegar a ser pronosticados, una vez que el enfermo se interna en el hospital, se podrán establecer grupos de psicoterapia educativa cuya finalidad sea favorecer la buena evolución del tratamiento, ya que conociendo adecuadamente su padecimiento y la forma de vencerlo, se pueda conseguir una comprensión y por lo tanto una mejor cooperación del enfermo hacia el médico.

Partiendo de las bases objetivas que se obtendrán de lo dicho anteriormente, se podrán establecer actividades que tiendan a la rehabilitación del enfermo logrando, de esta manera, una adaptación adecuada una vez que el sujeto tenga que enfrentarse al medio extrahospitalario.

Son pues estas observaciones las que han impulsado a llevar a cabo esta investigación, que después más estudiada, haga posible determinar ampliamente actitudes, que por conocidas, sean mejor canalizadas para obtener una rehabilitación total en el tuberculoso pulmonar mexicano.

GENERALIDADES .

Tuberculosis Pulmonar.

La tuberculosis pulmonar (1) es un padecimiento crónico provocado por un germen microscópico en forma de Bastoncillo - que se conoce con el nombre de Bacilo de Koch, el cual al introducirse en el organismo actúa de diferente manera (según sea el grado de defensa del organismo atacado), provocando en el pulmón una infección simple que deja solamente una cicatriz o produciendo una enfermedad de tal gravedad que puede llegar a causar la muerte del sujeto cuando no existe un tratamiento, médico o quirúrgico adecuado.

La tuberculosis es una enfermedad de curación muy lenta, pues aunque el Bacilo se destruye por medio de medicamentos específicos, pueden requerirse meses para que el pulmón repare - la lesión por mínima que ésta sea. Lo anterior, hace que sea necesario un tratamiento médico prolongado e ininterrumpido durante un mínimo de 18 a 24 meses, ya que el germen se adapta - fácilmente a las condiciones y una infección aparentemente - inactiva durante años puede reavivarse después con mayores consecuencias.

La tuberculosis pulmonar hace su aparición en el individuo generalmente en la 2a. o 3a. década de la vida conduciendo a éste a la pérdida de oportunidades en el estudio o en el tra-

bajo, y haciendo que en la influencia en el hogar disminuya como consecuencia del mantenimiento defectuoso o nulo, provocando estados de angustia o frustraciones que redundarán en el cambio o la exacerbación de actitudes en la personalidad del enfermo.

Ahora bien: el tratamiento del paciente puede ser hospitalario o domiciliario según la gravedad del mismo. (su actividad, extensión, localización y resistencia al tratamiento).

En el tratamiento domiciliario - que se lleva a cabo - cuando el padecimiento es más benigno - hay que tomar en cuenta el tipo de hogar que resulte propicio para el reposo y el tratamiento del enfermo. Cabe hacer notar que este caso generalmente resulta ser medicamentoso.

En la fase del tratamiento hospitalario, que por lo general es más extenso, se buscan los siguientes objetivos: a) dominio de los síntomas, b) programa terapéutico de largo alcance (de medicación, colapsoterapia y cirugía) c) educación y disciplina del paciente así como de sus familiares y factibles, e) poner en marcha técnicas en las que se persiga su rehabilitación.

Durante el tratamiento, el reposo resulta ser indispensable, variando éste desde el reposo absoluto en cama, hasta el reposo solamente después de comer en los casos en que no hay ya actividad tuberculosa. Generalmente el reposo se asocia a la terapéutica medicamentosa siempre específica y cuyos efectos son la remisión de los síntomas o sea la exterminación de los -

gérmenes que expectora el paciente e inactivación de las lesiones, aunque las lesiones que han producido mayor destructividad en el pulmón requieren colapsoterapia o tratamiento quirúrgico.

La colapsoterapia es un método terapéutico que se usa en ciertos tipos de procesos tuberculosos, propiciando el descanso del pulmón y cicatrizando lesiones por medio de la disminución de la continua movilidad pulmonar. Este tipo de terapéutica ha disminuído en la actualidad por el incremento del uso de la medicación y la resección pulmonar.

Los fundamentos son la inmovilización pulmonar, la reducción de volumen y la cicatrización de las cavidades.

Los métodos de la colapsoterapia empleados son:

a) Neumotórax el cual consiste en la introducción del aire en la cavidad pleural que hace disminuir el volumen pulmonar y restringe su movilidad.

b) Neumoperitoneo: se introduce aire a presión en la cavidad abdominal que hace que asciendan los diafragmas y se movilizan menos.

c) Toracoplastia: este método forma también parte del tratamiento quirúrgico ya que se trata de una intervención que consiste en disminuir el tamaño del tórax quitando varias costillas que pueden ser de 3 a 7 de un sólo lado dependiendo de la extensión de la lesión y que pueden o no dejar una deformidad torácica bastante manifiesta, con cierta insuficiencia respiratoria. Este método se puede combinar con medicamentos y con resección pulmonar.

Tratamiento quirúrgico: Además del ya anotado que es la

teracoplastía existe la resección pulmonar que consiste en la extirpación de un pequeño fragmento (resección de ceina), hasta la de un pulmón (neumonectomía). En la actualidad resulta ser el tratamiento más empleado en lesiones residuales aunado a la terapéutica médica previa para la estabilización de las mismas.

De esta manera hay una idea de los alcances de la enfermedad, lo cual servirá como base para explicarnos el porqué de esa conducta tan problemática en el tuberculoso pulmonar, que se evalúa muchas veces en la resistencia hacia el tratamiento.

Desgraciadamente en el medio en el cual se trabajó, se observó la ignorancia que existe hacia la enfermedad y su curación.

Así pues se considera que esta panorámica de lo que es la tuberculosis pulmonar sirve para poder tomar al enfermo como una unidad biopsicosocial.

GENERALIDADES .

Estructura de la personalidad.

Dado que la exposición de las teorías sobre la personalidad serían materia para la realización de un extenso trabajo, en este capítulo se tratará de dar una idea somera de las instancias que según Freud (2) constituyen o forman la estructura de la personalidad, ya que este autor fue el primero en dar un concepto -- dinámico sobre este aspecto; entonces pues, se tomará como base -- los postulados del mismo para la mejor comprensión del problema -- en las personas cuya especialización no es fundamentalmente la -- Psicología.

En nuestro grupo de estudio se puede observar el serio conflicto en el que entra en juego la personalidad del tuberculoso - pulmonar, o sea que las metas que se había propuesto son abandonadas al contraer la enfermedad y al darse cuenta de ello nace de -- inmediato en él la idea de segregación de la sociedad e inutili-- dad personal.

Fundamentalmente el concepto de personalidad encierra todos los rasgos del hombre, tomados en cuenta desde el punto de -- vista objetivo y descriptivo es decir, que results ser la inte-- gración de una organización dinámica individual de aquellos sis-- temas psicofísicos que determinan su singular adaptación al am-- biente. (3) Lo anterior es consecuencia de una evolución a tra-- vés de un proceso de desarrollo por lo cual se infiere que fuer-- zas tanto biológicas como socio-culturales se integran y logran una totalidad.

La separación biológica que de ello constituye el nacimiento es sólo el primer paso. Posteriormente el poner en juego sus necesidades bajo la influencia del ambiente constituye de hecho un nacimiento continuo.

En forma sintetizada diremos que una de las primeras y principales aportaciones de la teoría Freudiana es el conocimiento del inconciente que actúa en forma dinámica; actuación parcial o total que emerge a la conciencia con cierta facilidad estando todos los fenómenos psíquicos presentes en la conciencia actual.

En las aportaciones que Freud hizo a la psicología, hay que diferenciar la teoría y la terapia. En esta última, mediante la aplicación de la teoría reforzada o no, y realizada por los psicoanalistas se pueden conocer todos los mecanismos de defensa, tales como fijación, inhibición, regresión, racionalización etc., que en alguna forma están bloqueando el equilibrio de las instancias psíquicas lográndose la estabilidad mediante un tratamiento más o menos prolongado.

Además de los sistemas conscientes preconciente e inconciente (en los que existe una constante interacción) Freud nos habla de tres instancias psíquicas o procesos que se distinguen didácticamente por su función pero sin poder establecerse una separación entre ellos. Estas instancias psíquicas se conocen con los nombres de el "ello" el "yo" y el "super yo" adjuntándose con la realidad o medio ambiente ante la cual interaccionan.

En cuanto al "ello" no es propiamente ni lo inconciente

ni lo exclusivamente instintivo sino que siendo su actuación tan compleja y regida por la ley del placer o sea de la satisfacción igual busca, incondicionalmente, satisfacer el hambre o el impulso sexual o también aquellos deseos anti-sociales que sucumben a la represión por no poder ser satisfechos como ha sucedido en algunas personalidades de nuestra investigación.

Existe una parte de "ello" que modificada viene a formar el yo, el cual es un producto de la percepción sensible en la cual implica ya cierto dinamismo, o sea que actúa según el "principio de la realidad".

Por lo general el "ello" se suma a la energía del "yo" cuando existe un deseo de orden instintivo y éste se puede satisfacer sin que origine problemas con la realidad, pero si esto no sucede así, el "yo" desempeña un papel mediador entre las demandas del "ello" y de la realidad, lo cual le confiere una difícil y delicada tarea.

Ahora bien, a cierta edad generalmente entre los cuatro y los seis años, una parte del "yo" emerge y forma una nueva estructura, que es el "super-yo" y cuyos requerimientos en algunas personalidades son tan desmesuradas que llegan a actuar en forma -- restrictora y paralizadora.

Entonces la noción del deber se inicia en forma externa -- ya sea verbalizada, y en ocasiones imitada, lo que se convierte en un mecanismo de introyección llamándosele "super-yo" o sea la instancia que a diferencia del "ello", cuyo factor principal es el instinto y de la realidad inmediata representada por el "yo", indicará lo normativo y la tradición ético-cultural de la sociedad humana.

Para el objeto del presente trabajo no se consideró separadamente cada uno de las instancias de la personalidad sino englobados en un todo dentro del cual se considerará la influencia de las diversas actitudes tanto en hombres como en mujeres. con tuberculosis pulmonar.

Al revisar lo que se ha escrito sobre psicología del tuberculoso se encuentra cómo en la mayor parte de las investigaciones realizadas, son los impactos del medio ambiente los que en forma más directa desajustan esa armonía que puede existir en las instancias a las cuales está hecha la referencia.

REVISION DE LITERATURA

La tuberculosis, una de las enfermedades infecciosas más graves sigue siendo motivo de preocupación y estudio para la Ciencia, cuya rebeldía infinita contra el misterio acumula hechos, forja teorías y arroja en él la esperanza de la verdad probada.

Ahora bien, a través de muchas investigaciones se ha concluido la necesidad de considerar al enfermo crónico como un individuo en conjunto. Esto se exagera en el tuberculoso, ya que está expuesto a largos tratamientos, a segregaciones, incapacidades que van a repercutir en su hogar y en su trabajo y que sólo traen trastornos económicos sociales, sino también psico-funcionales, los cuales interferirán el proceso de su curación, haciéndolo más largo y facilitando las recaídas (4).

En la literatura mexicana, debemos tomar en cuenta la aportación tan interesante de las vivencias del Dr. José Torres (5) que muriera en el Hospital General, así como el trabajo que presentara en la Academia de Medicina el Dr. Nava (6) y que hace conclusiones tan interesantes como son "que el tuberculoso pulmonar presenta un psiquismo alterado, que se debe a la necesidad de adaptación a un nuevo género de vida". Es también de interés el comentario del Dr. Ismael Cosío Villegas a dicho trabajo. (7).

En la tuberculosis pulmonar muchas han sido las teorías en las cuales se discute la trascendencia que pueden tener los factores psíquicos y sociales en el desarrollo de la misma. -

Wittkhower (8) asegura como el grado de madurez emocional puede influir en el curso ya sea favorable o desfavorable de la enfermedad.

Autores hay, sin embargo, que no dan un interés especial hacia la personalidad que puede presentar el tuberculoso pulmonar, pues consideran que en cualquier otra enfermedad crónica prevalecen los mismos rasgos.

En algunos casos se ha observado como la tuberculosis pulmonar se desencadena después de una experiencia desagradable o -- infeliz. Así Hawking, Davies y Holmes (9) estudiaron dos grupos de empleados de un Hospital y concluyeron cómo enfermaron aquellos que tenían más problemas familiares, económicos, etc.

Shultz (10), encontró que los pacientes tuberculosos eran más neuróticos, más introvertidos, sumisos y gregarios con relación a la normalidad.

Cutis T. Prout (11) considera de gran valía conocer los -- problemas emocionales que pueda presentar, ya que pueden ser una fuente de sentimientos de inutilidad, frenando así su rehabilitación.

Rorabaugh y Guthrie (12) han encontrado que las altas irregulares las ocasionan no las deficiencias del personal del Hospital, sino las actitudes tan especiales que posee el enfermo tuberculoso.

Después de varios estudios realizados se ha concluido que las actitudes y reacciones emocionales de los pacientes son importantes en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar Albee G.W. - (13) Wittkhower E. D. Durost H.B. y Laing (14) Daniels G.E. and -

Davidoff (15) Arany L. S. (16) Trail R.R. (17). Todos ellos coinciden en que el tratamiento óptimo ocurre cuando la atención es enfocada no solamente al padecimiento sino a la persona como un ser bio-psico-social.

Es así como Calden G.A. (18) se interesó por investigar sobre un método que explorara estas actitudes específicas en el tuberculoso pulmonar, basado en el método para el estudio de la personalidad de Rotter J.B. and Willerman B. (19).

Ahora bien, por medio de dicha escala se hicieron interesantes investigaciones para predecir altas irregulares en pacientes tuberculosos.

Calden G. Thurston J.R. Lewis W. C. y Lorenz T.H. (20) marcaron la necesidad de detectar tempranamente dichas altas con el fin de desarrollar trabajos que hagan sentir al enfermo la necesidad de concluir el tratamiento.

Investigaciones muy interesantes al respecto desarrolladas por Lorenz T.H., Lewis W. C. Calden G. y Thurston J.R.(21) hacen hincapié en que los enfermos que abandonaron el Hospital irregularmente, tenían una enfermedad mucho más avanzada y mostraba una incidencia mayor de altas irregulares anteriores.

Además en otro trabajo publicado por Thurston J.R. y Calden G. observaron la importancia de la capacidad intelectual en los enfermos que abandonaban el hospital irregularmente.

En México las técnicas Psicológicas practicadas en el tuberculoso pulmonar han sido relativamente pocas. Muy interesantes han sido los resultados obtenidos en las investigaciones de la Dra. Dolores M. de Sandoval (22) estudios en los cuales observa como la dependencia y pasividad llegan a ser fact

res negativos en la rehabilitación del tuberculoso, además -
llega a cimentar sus conclusiones utilizando el Psicodiagnós-
tico de Borschach en dichos enfermos, (23).

Así pues, el objeto del presente estudio es observar
actitudes predominantes en el paciente tuberculoso pulmonar
y explicarnos de este modo esa conducta tan problemática que
interfiere en su tratamiento y que muchas veces se deja eva-
luar en las altas irregulares.

MUESTRA.

El Formulario Madison se aplicó durante los años -- 1961 - 1962 a 150 sujetos de la Unidad de Neumología del Hospital General Pabellón 26 H y 26 M, enfermos cuyo ingreso - era reciente, practicándose el estudio en los primeros ocho días de su llegada al Hospital con el fin de obtener datos - con el Formulario que nos dieran margen para pronosticar en forma especial las altas irregulares.

La muestra constó de 78 mujeres y 72 hombres de los cuales se descartaron los mayores de 60 años, ya que lo avanzado de su edad dificulta su rehabilitación, pues el margen de cooperación y cambio es pobre. Sólo tres de los casos que se excedieron de esa edad (62, 65 y 70) se les practicaron - las pruebas debido a que mostraron interés por hacerlas, así como por tomar parte de las actividades hospitalarias. No -- existió ninguna otra previa clasificación.

Las características de la muestra fueron:

EDAD	<u>M U J E R E S .</u>	CASOS
10 - 14	-----	2
15 - 19	-----	14
20 - 24	-----	20
25 - 29	-----	20
30 - 34	-----	11
35 - 39	-----	2
40 - 44	-----	4
45 - 49	-----	2
50 - 54	-----	
55 - 59	-----	2
60 - 64	-----	
65 - 69	-----	1
70 - 74	-----	<u>78</u>

	<u>H O M B R E S .</u>	
10 - 14	-----	1
15 - 19	-----	13
20 - 24	-----	17
25 - 29	-----	17
30 - 34	-----	12
35 - 39	-----	2
40 - 44	-----	3
45 - 49	-----	3
50 - 54	-----	
55 - 59	-----	2
60 - 64	-----	1
65 - 69	-----	
70 - 74	-----	<u>1</u> <u>72</u>



Como se puede ver, la mayor concentración se localiza entre los años 20 y 30 para ambos sexos (Graf. 1).

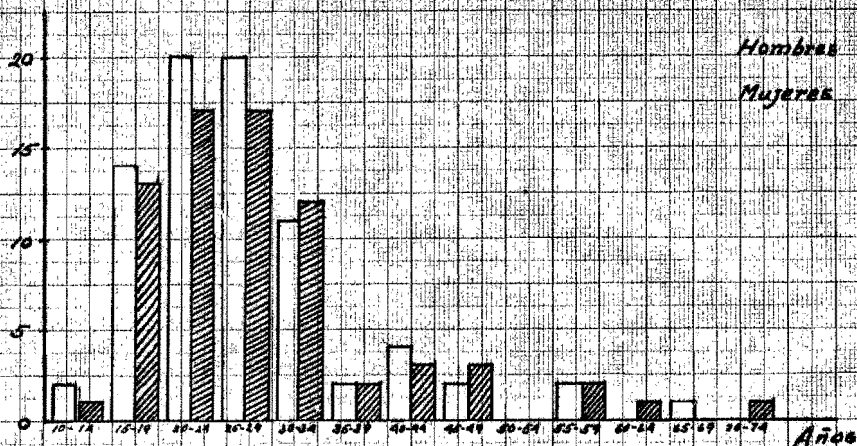
GRAF. I

EDAD

Incidencia

Escala: A:1

Hombres 
Mujeres 





EDO. CIVIL	<u>M U J E R E S</u>	CASOS
Solteras	-----	38
Casadas	-----	21
Unión Libre	-----	14
Viudas	-----	4
Divorciadas	-----	1
	<u>H O M B R E S</u>	
Solteros	-----	43
Casados	-----	15
Unión Libre	-----	9
Viudos	-----	1
Divorciados	-----	$\frac{1}{72}$

Tocante al estado civil (Graf. 2) son las mujeres las que resultan en menor número solteras, mayor número de casadas y en unión libre que los hombres. En este dato cabe hacer notar que tanto hombres como mujeres trataban de ocultar una unión libre por lo que consignaban ser solteros, no siendo por tanto un dato muy confiable.

ESTADO CIVIL

GRAF. II.

Escola: 2:1

Hombres 
Mujeres 



ESCOLARIDAD	<u>M U J E R E S</u>	CASOS
Analfabetas - - - - -		32
Saben leer y escribir - - - - -		4
No terminaron la primaria - - - - -		31
Terminaron la primaria - - - - -		10
Comercio - - - - -		1
Secundaria - - - - -		0
Preparatoria - - - - -		0
Normal - - - - -		0
Facultad - - - - -		$\frac{0}{78}$

	<u>H O M B R E S</u>	
Analfabetas - - - - -		19
Saben leer y escribir - - - - -		4
No terminaron la primaria - - - - -		26
Terminaron la primaria - - - - -		17
Comercio - - - - -		2
Secundaria - - - - -		1
Preparatoria - - - - -		1
Normal - - - - -		1
Facultad - - - - -		$\frac{1}{72}$

OCUPACION	M U J E R E S	CASOS
1.- Actividades Profesionales - - - - -		0
2.- Actividades que no requieren especialización.		
a) Labores domésticas - - - - -		41
b) De campo + + + - - - - -		1
c) Actividades simples - - - - -		26
d) Actividades manuales especializadas + - -		0
e) Comercio en pequeño - - - - -		3
f) Escolares - - - - -		0
g) Oficinistas - - - - -		1
h) Ninguna - - - - -		6
		<u>78</u>

	H O M B R E S	
1.- Actividades Profesionales - - - - -		1
2.- Actividades que no requieren especialización.		
a) Labores domésticas - - - - -		0
b) De campo - - - - -		22
c) Actividades simples - - - - -		25
d) Actividades manuales especializadas - - -		8
e) Comercio en pequeño - - - - -		5
f) Escolares - - - - -		2
g) Oficinistas - - - - -		2
h) Ninguna - - - - -		7
		<u>72</u>

Consideramos interesante hacer notar que aunque prevalece en la muestra escogida un medio cultural y económico muy defi

ciente, fue en escolaridad donde las mujeres obtuvieron mayor porcentaje de analfabetas en relación con los hombres, (Gráf. - 3) percibiendo que hay actitudes hacia la mujer lo cual podría deberse a que aún no se le otorga una posición segura dentro de un medio en el cual el hombre está y disfruta de mejor situación pues generalmente se le ha considerado el más apto para buscar - el sustento no siendo así la mujer a la cual se le capacita sólo para quehaceres domésticos, de ello nos podemos dar cuenta al -- observar la gráfica de ocupaciones (Gráf. 4).

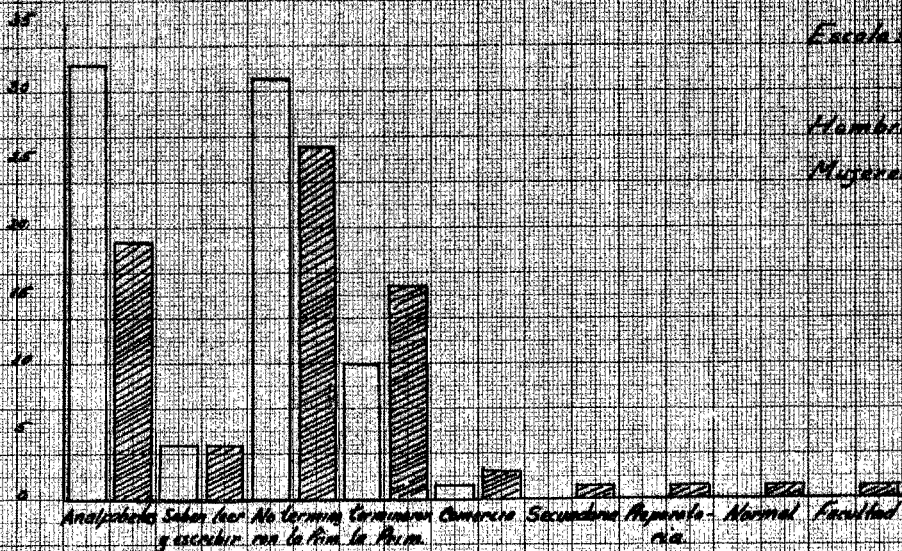
ESCOLARIDAD

GRAF. III

Escala 3-1

Hombres: ▨

Mujeres: □




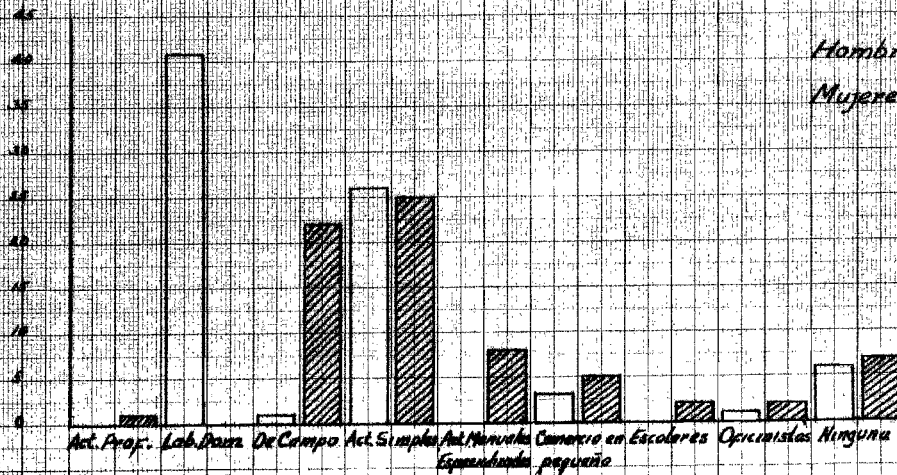
OCUPACION

GRAF IV.

Escala: 2:1

Hombres: 

Mujeres: 



MATERIAL Y METODO.

El material utilizado para la muestra descrita fue - la técnica proyectiva de Frases Incompletas, que consiste en dar al sujeto una serie de oraciones incompletas y dejar que las complete con las palabras que de inmediato vengan a su mente. De esta manera quedan expresados sus gustos, miedos, preocupaciones, aspiraciones, etc.

En cierto modo, este método está relacionado a la -- técnica y asociación de palabras, siendo la mayor diferencia la longitud del estímulo; sin embargo, algunas partes del método requieren una sola palabra o una breve respuesta. De -- igual manera que en el método de asociación de palabras, pueden aparecer tendencias de bloqueo o torcer el significado de la palabra que estimula manteniendo esa misma tendencia en las respuestas. En las pruebas que se enfatiza la rapidez de la respuesta y no se intenta medir la rapidez de la reacción no existe una presión real para la asociación inmediata. La respuesta tiende a proporcionar información que el sujeto está dispuesto a dar. Lo mismo que en otras formas -- proyectivas, el sujeto refleja sus propios deseos, temores y actitudes en las frases que él elabora, pero este método se distingue en que la producción del sujeto no depende tanto de la interpretación del estímulo estándar, como de que es capaz y está dispuesto a escribir bajo las condiciones de la prueba.

En contraste con las pruebas objetivas comunes, el método tiene la ventaja peculiar de proporcionar libertad de respuesta, en lugar de forzar al sujeto a contestar sí, no, o

y "??"; puede responder al estímulo de la manera que desee. Además, la naturaleza de la prueba está de cierta manera disfrazada, por lo que el sujeto aprecia con menor claridad qué es lo que constituye una "buena" o una "mala" respuesta, aún cuando la intención de la prueba puede ser conocida o adivinada fácilmente. Puede ser practicada en grupo de manera sencilla, aún cuando no tiene la ventaja de tabularse mecánicamente o de calificarse por personal no profesional.

Cuando se compara con otros métodos proyectivos, esta técnica tiene ciertas ventajas y ciertos riesgos. Además del hecho que puede practicarse rápidamente en forma de grupo, no es necesario un entrenamiento especial para la persona que lo pone en práctica ni se requiere una preparación especializada para su interpretación clínica, la cual descansa en la experiencia general del examinador. A pesar de los muchos artículos publicados acerca de este método no informan de los intentos de una calificación objetiva; se ha encontrado que la prueba se presta por sí misma con facilidad a tales esfuerzos, con el resultado de que es más útil en situaciones experimentales. La rapidez con la cual puede ser aplicada, calificada y analizada la han hecho de particular utilidad; por otra parte, el objetivo de la prueba se halla menos encubierto que en otras técnicas proyectivas y por lo tanto un sujeto sofisticado puede decir al examinador solamente lo que él quiera hacerle saber; de igual manera sujetos no cooperativos, iletrados o desequilibrados pueden aportar un material insuficiente.

Cuando se le aplica con fines clínicos, el método de

frases incompletas es muy similar a la prueba de percepción temática; es decir, tiende a proporcionar información sobre el contenido de la personalidad más que sobre la estructura de la personalidad. Se refiere a sentimientos, actitudes y reacciones específicas hacia gentes u objetos, más que proporcionar información acerca de la llamada estructura subyacente de la personalidad; sin embargo el análisis en término de estructura es posible a partir de cualquier material contenido.

Los orígenes del método de frases incompletas proceden de muchas fuentes, ya que hubo autores que contribuyeron a su desarrollo como una extensión del método de asociación de palabras. El estudio directo de las características de la personalidad por medio de este método, probablemente se inició con Payne (24) el cual desarrolló el test empleándolo en la orientación vocacional, pero en publicaciones posteriores no se describió o valoró su método. Tandler, (25) en el primer informe acerca del tema aparecido en 1930, lo denominó "prueba para introspección emocional" (Test for emotional insight). Empleó veinte frases de las cuales todas excepto la primera, comenzaba con la palabra "yo". en esta época él intentaba determinar "tendencias, actitudes fijas, sentimientos de angustia, deseos conflictivos y satisfacciones". Wheeler (26) empleó una variante del método descrito en "Explorations in Personality" refiriéndose a su forma como un test de semejanzas.

En 1938 Cameron (27) publicó algunos estudios de frases incompletas efectuados en 29 niños normales, 20 adultos-

características semejantes, 22 ancianos deteriorados y 25 esquizofrénicos disgregados. Empleó 15 frases incompletas y analizó el grado de lógica, de integración, de distorsión y de pensamientos ficticios. La aplicación de la prueba era oral así como las respuestas de los sujetos estudiados. Lorge y Thorndike (28) publicaron en 1944 el resultado de un estudio practicado a un grupo, que comprendía (tal formulario) 240 respuestas. Se les pedía a los sujetos que respondieran de la manera más rápida posible, respondiendo preferentemente con una sola palabra.

Standford (29) elaboró en 1943, 30 frases incompletas en las cuales integraba una variedad de propósitos. El objetivo era observar las reacciones del sujeto. Además valoraba el grado de agresión; a este respecto el sujeto asociaba con su necesidad particular de actuar.

En 1946, Rhode (30) publicó un estudio usando el método de frases incompletas en una escuela secundaria para niños. Ya anteriormente el mismo autor junto con Hidreth revisaron el test de Payne y publicaron 64 frases incompletas en 1941.

En 1946, en un artículo describe el tipo de preguntas. Rhode analiza las respuestas en términos del esquema de Murray empleando necesidades, presiones, objetos catéxicos. La valoración fue hecha empleando 50 casos seleccionados entre un gran número, todo se basaba en el juicio del examinador midiéndose éste en una escala del 1 a 10. Concluyó que la prueba puede evaluar la personalidad en el nivel de la escuela secundaria.

El uso de frases incompletas fue muy aceptado durante la guerra. Hutt (31), Holsberg (32) y Shor (33) describieron su empleo en los hospitales del ejército. Shor consideró este test como un método de adaptación y trabajó extensamente con esta técnica. Las instrucciones tienden específicamente a la libertad y espontaneidad de las respuestas. Estas variables las usa en la interpretación clínica y observa 1) áreas de reacción, 2) de resistencia y 3) de evasión. La interpretación clínica es de acuerdo con el examinador siendo una valoración más o menos cualitativa.

Rotter y Willerman (34) trabajaron originalmente con el test empleado por Hutt (31), Shor (33) y Holzberg (32) desarrollando un test final de 40 frases incluyendo muchos cambios para hacerlo más estructural. Las instrucciones son: "Complete estas frases y exprese sus sentimientos reales. Trate de hacerlas Todas".

Considera las respuestas en tres categorías: 1) conflicto, 2) respuestas positivas, 3) respuestas neutrales.

Rotter, Rafferty y Schachtitz (35) aplicaron el mismo método general como Rotter y Willerman adaptando el test de la araña al desarrollo objetivo de los estudiantes de colegio (34). Posteriormente valoraron en forma separada el test de Stein (36) y Symonds (37). En su desarrollo elaboraron frases que exploran 12 áreas de la personalidad. 1.- Familia. 2.- Pasado 3.- Conducta 4. Estado interno 5.- Metas 6.- Catexis 7.- Energía 8.- Reacción a la Frustración y a la incapacidad 9.- El futuro 10.- Optimismo, pesimismo 11.- Reacción a otros 12.- Reacción de otros. Las frases -

empiezan con la palabra yo o en tercera persona.

Stein (36) en su reporte acumula respuestas usuales basadas en 40 sujetos hombres y da las siguientes maneras de valorar el test:

a) El conocimiento clínico de la dinámica de la conducta y personalidad.

b) La frecuencia de las respuestas.

c) El tiempo de la reacción objetiva a la pregunta individual y al test como un todo.

d) La lentitud de las respuestas está relacionada con -- personas que quieren ocultar sus sentimientos o que tienen el deseo fuerte de identificar al examinador la precisión de la naturaleza de sus sentimientos.

e) La conducta manifiesta durante el curso de la prueba. Además es importante observar los test así como el negarse a continuar la prueba.

f) las omisiones que generalmente indican que no entienden del todo el significado de ella o que sufren un bloqueo.

La prueba de Frases Incompletas de Forer (38) consta de 100 oraciones incompletas diseñadas para proporcionar información diagnóstica de utilidad para la planeación de la terapéutica.

Fue así como Calden (18) y colaboradores inspirados en las frases incompletas con el fin de estudiar diversas áreas de la vida del paciente tuberculoso, sus actividades con relación a su enfermedad, así mismo y hacia el medio que los rodea.

La construcción de la prueba fue hecha de la siguiente manera:

El autor inicialmente reunió 250 frases incompletas en las cuales la mayoría se basaron en las inquietudes expresadas por los enfermos durante la entrevista. Se agregaron también preguntas en las que se hacía mención a las características de los pacientes como lo indicaban en la literatura. Otro número fue agregado por las enfermeras, médicos, así como el resto del personal del hospital.

Dichas frases se agrupan en 9 áreas con el fin de observar sus reacciones ante ellas. Para esto se reunieron 12 jueces entre los que se contaba a 2 médicos, 2 psiquiatras, 2 enfermeras, 3 trabajadoras sociales y 3 miembros del personal administrativo. Evaluaron cada frase en escala de 0 a 3 refiriéndose a la potencialidad de cada frase para detectar las actitudes de los pacientes en varias áreas.

De ahí se extrajo una forma preliminar de 90 frases incompletas para lo que se evaluó de nuevo cada una de ellas poniéndose en práctica cuando el paciente ingresaba al hospital.

De esta manera quedó constituido un formulario psicológico que en forma específica diera a conocer actitudes y reacciones afectivas en el tuberculoso pulmonar, por lo que se considera importante utilizar dicho formulario para la investigación.

El Formulario Madison el cual quedó confeccionado finalmente con 80 frases incompletas es el siguiente:

FORMULARIO MADISON

- 1.- Estar acostado en la cama me hace
- 2.- Mientras yo estoy aquí
- 3.- Cuando le dicen a una persona por primera vez que tiene -
tuberculosis.
- 4.- Lo que más me ayuda a pasar el tiempo es
- 5.- A mi me cae bien el doctor que
- 6.- Me dan ganas de irme a mi casa cuando
- 7.- Mientras yo estoy en el hospital mis amigos
- 8.- Cuando a un enfermo se le dice por primera vez que necesi
ta operación
- 9.- Cuando todas las cosas están contra uno
- 10.- Cuando otras personas cuidan de mí
- 11.- Cuando un enfermo tiene que estar en cama por largo tiem
po.
- 12.- Los reglamentos y las ordenanzas de este hospital . . .
- 13.- Cuando la gente sabe que tiene usted tuberculosis
- 14.- Un buen compañero de cuarto es el que
- 15.- Yo pienso que el doctor
- 16.- Si yo fuera a salir del hospital ahorita.
- 17.- Las visitas.
- 18.- Esperando la operación.
- 19.- Cuando yo estoy aquí pienso que mi religión es
- 20.- A lo que más miedo le tengo
- 21.- El estar aquí en cama todo el día
- 22.- Lo que más me gusta de aquí es
- 23.- La tuberculosis puede ser.
- 24.- Cuando oigo radio

- 52.- El mayor dolor de un enfermo es
- 53.- No sería tan malo tener tuberculosis si
- 54.- La comida del hospital
- 55.- Me cae bien una enfermera que
- 56.- El mejor juez para decidir cuando debo irme es
- 57.- La persona que más extraño cuando estoy aquí es
- 58.- Lo que más me ayuda en mi curación es
- 59.- Un verdadero amigo
- 60.- Esta forma de completar oraciones
- 61.- Después que haya yo salido del hospital
- 62.- Lo que más extrañaré al irme del hospital
- 63.- Lo peor de tener tuberculosis es
- 64.- La trabajadora de juguetería y corte
- 65.- Las enfermeras
- 66.- El tiempo que yo pienso estar en el hospital es
- 67.- Cuando un enfermo está lejos de su trabajo
- 68.- Cuando el caso de un enfermo es tratado con varios médicos
- 69.- Cuando la gente me hace a un lado
- 70.- Yo creo que estos estudios son
- 71.- Mis planes para el futuro
- 72.- Cuando un enfermo pide un pase y no se lo dan
- 73.- Lo que más me gusta cuando estoy enfermo
- 74.- Yo prefiero estar "solo en mi cuarto".
- 75.- Yo tengo la mayor confianza en
- 76.- Yo creo que mi curación tardará meses
- 77.- Una esposa debería

- 78.- Me sentiría mejor si
- 79.- Cuando me siento más feliz es
- 80.- Para estar mejor en este hospital yo diría que

Una vez que se ha completado dicho formulario el paciente da la oportunidad de observar la expresión de sus sentimientos con relación a las siguientes áreas:

- 1.- Actitud de reposo.
- 2.- Actitud hacia la hospitalización.
- 3.- Actitud hacia su enfermedad.
- 4.- Apoyo Médico.
- 5.- Tendencias a dejar el Hospital irregularmente.
- 6.- Como perciben la actitud de su familia y amigos.
- 7.- Actitud hacia el tratamiento.
- 8.- Actitudes generales.

El Formulario Madison se utiliza fácilmente y requiere un mínimo de tiempo y de vigilancia, pues generalmente los enfermos demoraban de 20 a 30 minutos en contestar. La información obtenida con el mismo puede ser de ayuda real al personal hospitalario para comprender los problemas afectivos y sociales de los pacientes tuberculosos descubriéndose actitudes nocivas que puedan afectar seriamente el tratamiento médico o que también lo lleven a ocasionar altas intempestivas.

PROCEDIMIENTOS.

El procedimiento que se siguió para la aplicación de dicho formulario era el siguiente: Para obtener un material lo más rico posible, se trató siempre de establecer una buena relación con el paciente, con el cual se sostenía una pequeña entrevista antes de aplicar la prueba pues generalmente se mostraban en un principio inseguros y temerosos. De esta manera e inte - - -

resándose por ellos se lograba que sus tensiones se calmaran, --
obteniéndose en la mayoría de los casos un ambiente cordial.

Cuando era necesario se les aplicó Borschach, K. Macho--
ver, Bender, con el fin de afinar los datos.

La consigna para resolver el cuestionario era el siguien
te: "Le voy a presentar unas frases las cuales no estan comple
tas, por lo que le pido las complete usted lo más rápidamente --
que pueda, es importante que no lo piense sino que diga lo prime
ro que se le ocurra".

En un 72 % como no sabían leer y escribir o lo hacían -
en forma deficiente, el examinador leía las frases y anotaba el
complemento correspondiente.

C A L I F I C A C I O N

Para su calificación, como antes lo hicimos notar, re- -
quiere cierto entrenamiento clínico, evaluando cada frase según
exprese mayor conflicto en escala de 0 a 3.

Así tenemos que las frases que van a detectar la actitud
de reposo que tenga el paciente son 1, 11, 21, 31, 41, las cua--
les tratan del descanso en la cama. Se tiene la intención de que
el enfermo elija la respuesta indicando de esta manera sus rela
ciones ante la posibilidad de permanecer por algún tiempo en ca
ma.

La actitud hacia la hospitalización estudiada por las fra
ses 2, 22, 32, 42, 52, 62, 72 y 80 nos indica el sentimiento del
enfermo hacia el hospital en el que se encuentra y por lo tanto -

su adaptación o no a él (reglamentos, comida, etc). En esta área se engloban también las 51, 61, 71 las cuales revelan los planes que tiene el paciente para el futuro después de dejar el hospital.

En lo que respecta a la actitud del paciente hacia su enfermedad (3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73). Es interesante observar como dichas frases ponen de manifiesto la actitud del sujeto desde el diagnóstico inicial así como el sentimiento prevaleciente transfiriéndose ello en segregación, culpa e indiferencia ante ella.

En las actitudes que guarda el paciente ante el apoyo médico (5, 15, 25, 35, 45, 65, 75), queda de manifiesto el sentir - del enfermo en cuanto al trato que reciba del personal médico como el de enfermeras, siendo ello un aspecto importante ya que es frecuente que el paciente no lleve a término su tratamiento por - el hecho de sentirse cosificado.

En el área que estudia las tendencias a dejar el hospital irregularmente (6, 16, 21, 36, 46, 66, 76), llega a ser sumamente interesante ya que para el médico el hecho de que el paciente deje el hospital sin tratamiento, implica llevarse consigo un cúmulo de esfuerzo el cual al poco tiempo vendrá a diluirse lamentablemente, ya que fuera del hospital no será posible llevar a cabo dicho tratamiento.

Ahora bien, esas altas pueden ser voluntarias, por fuga, indisciplina lo que se explicará posteriormente con más detalles.

Observando como perciben la actitud de su familia (7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77), revela en forma positiva, la conexión - de ella con el enfermo porque en realidad existe un interés ge--

nuino o por el contrario si le ha abandonado a su suerte.

En ocasiones suele aceptarlo pero en forma deficiente.

En la actitud hacia el tratamiento (8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78), relata las reacciones del sujeto con relación a la intervención quirúrgica quimioterápica así como a otras fases del tratamiento.

En las actitudes de orden general (9, 19, 29, 39, 49, - 59, 69, 79, 10, 20, 30, 50, 60, 70), se observa parcialmente al grado de soledad que persiste en ellas.

RESULTADOS

Desglosando los resultados de las diferentes áreas se encuentran los siguientes datos:

ACTITUD DE REPOSO.				
	MUJERES	%	HOMBRES	%
Sí tiene actitud de reposo	47	60	11	15
No tiene actitud de reposo	14	18	36	50
Relativa actitud de reposo	17	22	25	35
	<u>78</u>	<u>100%</u>	<u>72</u>	<u>100%</u>

Cuando analizamos el área que explora la actitud de reposo, (Graf.5) nos encontramos que las mujeres tienen más actitud de reposo 60%, en relación con los hombres 15%, reflejándose ya esa caracterología que a través del resto de la prueba se torna dominante en ellas, o sea la dependencia, sumisión y pasividad, lo que nos hace recordar al Dr. Aramoni (40) cuando considera que una inferioridad socio-cultural en la mujer la impulsa a aceptar el ser utilizada como objeto y empleada por lo tanto para lo que sea necesario, dentro de nuestro medio mexicano.

En cuanto al hombre impulsado por su afán de lucha en busca de elementos necesarios para subsistir, le condiciona a poseer menor capacidad de reposo, el cual como antes lo indicamos, varía desde el permanecer en cama todo el día, hasta guardar un poco de descanso después de las comidas.

Dentro del tratamiento es importante detectar una buena actitud de reposo, pues vendrá a ser un coadyuvante para la

GRAF. V

ACTITUD DE
REPOSO

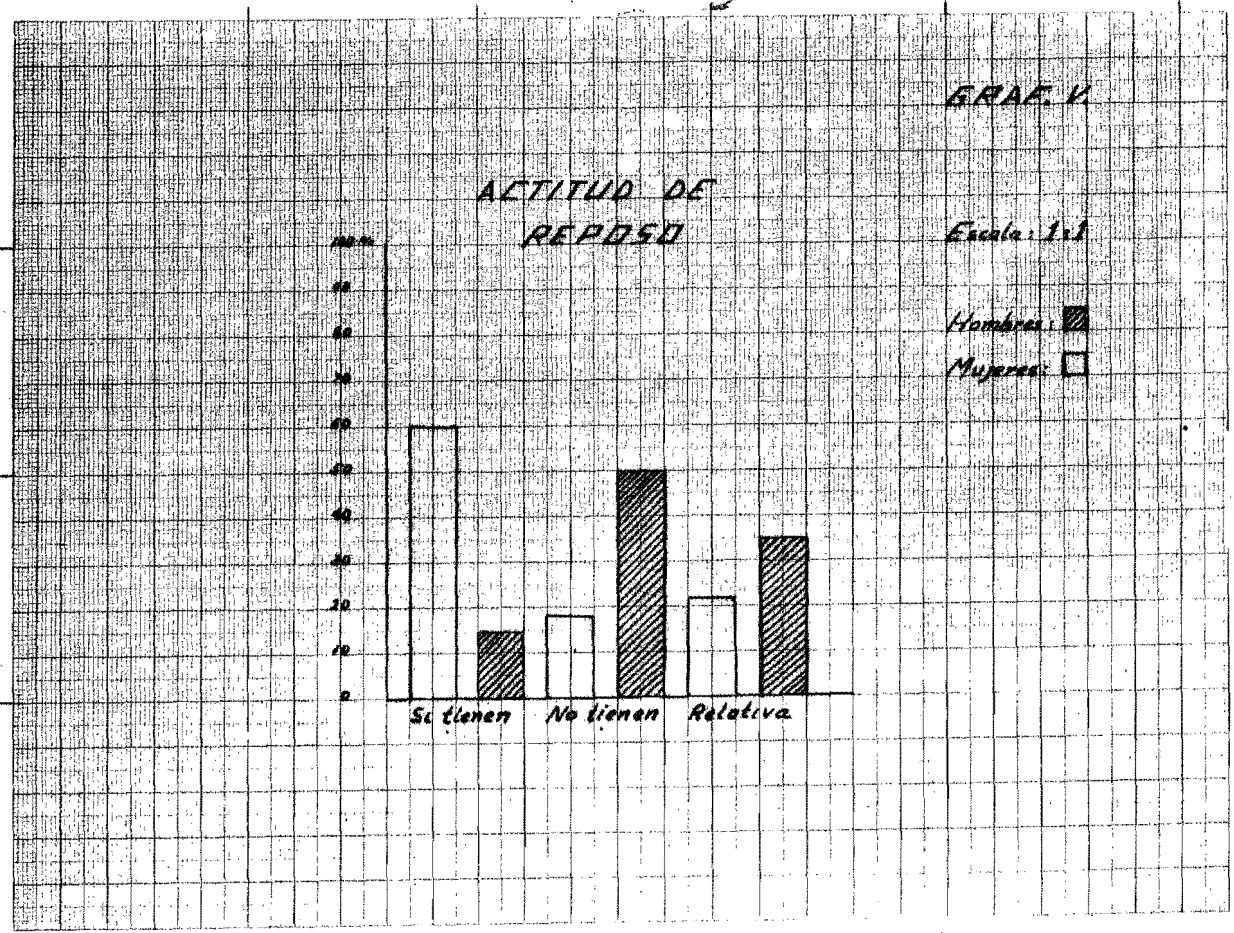
Escala: 1 a 5

por

100
80
60
40
20
0

Hombres ■
Mujeres □

Se tienen No tienen Relativa



14

mejor evolución del tratamiento.

ACTITUD HACIA LA HOSPITALIZACION				
	MUJERES	%	HOMBRES	%
Adaptados	50	64	28	39
No adaptados	15	19	21	29
Relativa adaptación	<u>13</u> 78	<u>17</u> 100%	<u>23</u> 72	<u>32</u> 100%

Por lo que toca a la actitud hacia la hospitalización (Graf. 6) evidenciamos una relación con el área anterior, o sea que de nuevo son las mujeres las que tienen más capacidad de adaptarse al medio, 64% en los hombres 39%; palpándose en ocasiones serios problemas, ya que se habitúan a tal grado, que una vez dados de alta se niegan a salir, observando cómo un sentimiento de inutilidad se apodera de ellos, que muestran un gran temor a no poder afrontar los problemas que se les presenten, problemas que generalmente son de tipo socio-económico, o bien, en muchos de los casos, logran hacer síntomas orgánicos, y de esta manera poder seguir dentro del hospital.

A los hombres por lo general les resulta difícil aceptar los reglamentos establecidos, están inconformes con la comida, los compañeros y el servicio de limpieza, canalizando por estos medios toda la agresividad que les proporcione la frustración de verse limitados físicamente. Sus planes para el futuro (aspectos explorados también en esta área) de hecho coincide con las mujeres o sea que resultan ser pesimistas con relación a su vida extrahospitalaria, pero siempre nos

BRAE. VI

ACTITUD HACIA LA HOSPITALIZACIÓN

Escala 1-1

100%

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Hombres



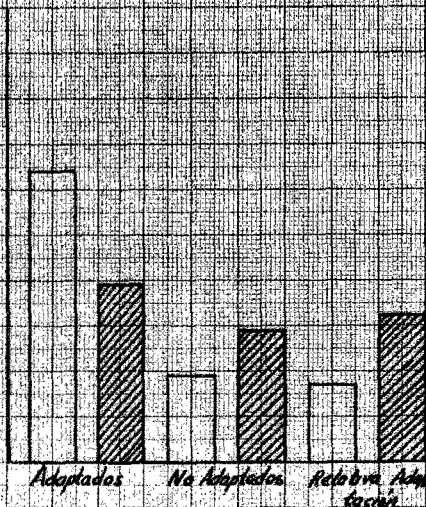
Mujeres



Adaptados

No Adaptados

Retorna Adap-
tación



trando rebeldía que nos les permite permanecer en el hogar por mucho tiempo.

ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD

	MUJERES	%	HOMBRES	%
Motivo de segregación	59	76	45	63
Indiferencia	10	13	13	18
Sentimientos de culpa	$\frac{9}{78}$	$\frac{11}{100\%}$	$\frac{14}{72}$	$\frac{19}{100\%}$

Al observar la actitud que muestran hacia la enfermedad (Gráf. 7) vemos como en ambos casos prevalece un motivo de segregación pues tomando en cuenta que existe muy poca información acerca de los tratamientos actuales de la tuberculosis pulmonar, los embarga un sentimiento de inutilidad, de ahí -- que se le llega a considerar actualmente como inválido.

Ahora la ligera diferencia en las mujeres se enlaza -- con los datos anteriores, pues si ya de suyo se siente relegada, una vez que adquiere la enfermedad, esto se exacerba.

El desconocimiento de la enfermedad ocasiona indife -- rencia ante ella, lo que resulta semejante en ambos sexos.

En cuanto a los sentimientos de culpa son los hombres (con 20%) los que pasan a las mujeres, (9%) pues consideran -- que su padecimiento es una consecuencia de la vida licenciosa llevada anteriormente, llegándola a vivir como un castigo.

SENTIMIENTO DE APOYO MEDICO

	MUJERES	%	HOMBRES	%
Sienten apoyo médico	48	62	21	29
No sienten apoyo médico	11	14	28	39
Relativo apoyo médico	$\frac{19}{78}$	$\frac{24}{100\%}$	$\frac{23}{72}$	$\frac{32}{100\%}$

GRAF. VII

ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD

Escala: 1-1

100 %

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

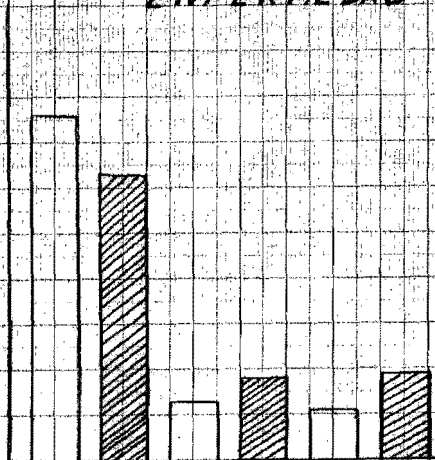
Hombres: 

Mujeres: 

Motivo de Segregación

Indiferencia

Sentimientos de culpa



En las actitudes que guarda el paciente ante el apoyo médico (Graf. 8) son de nuevo las mujeres quienes lo sienten -- más 62%, para los hombres 29%, y en este punto tomando en -- cuenta un problema transferencial, se debe aludir también a -- la relación médico-paciente, pues de ahí nacerá la confianza- y el afán por llevar a término su tratamiento. Esto se inicia ya desde el momento en que el médico comunica al paciente el- tipo de enfermedad que tiene y las posibilidades de alcanzar- la salud pues será el punto de partida para que acepte cual- - quier decisión del médico, y si lo ha creído conveniente una- vez dentro del hospital aplicar el tratamiento que sea neces- rio.

En este aspecto, notamos que en el Hospital General - (Unidad de Neumología) los pacientes del sexo masculino mues- tran oposición al médico que en este caso representa para él- una autoridad ante la cual, tal parece, por estudios realiza- dos (40) el mexicano presenta especial resistencia.

ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO

	MUJERES	%	HOMBRES	%
Si lo aceptan	51	65	31	43
No lo aceptan	14	18	13	18
Indecisos en aceptarlo	<u>13</u>	<u>17</u>	<u>28</u>	<u>39</u>
	78	100%	72	100%

De lo anterior se infiere que quienes aceptarán el tra- tamiento generalmente quirúrgico (Graf. 9) de nuevo serán las mujeres con 65% (mientras los hombres no llegan a la mitad: - (43%) las que con una actitud sumisa enfrentan una toracoplas- tía cuya deformidad puede ser importante, con lo que pierde po

GRAF. VIII

SENTIMIENTO DE
APOYO MEDICO

Escala 1:1

100%

90

80

70

60

50

40

30

20

10

Hombres



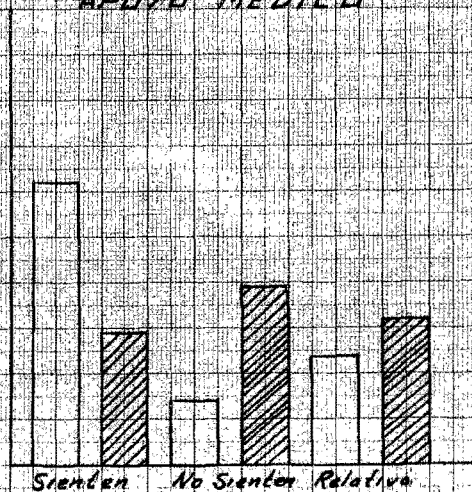
Mujeres



Sienten

No Sienten

Relativa



- 47 -

GRAF. IX

ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO

Escala: 1:1

100%

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Hombres



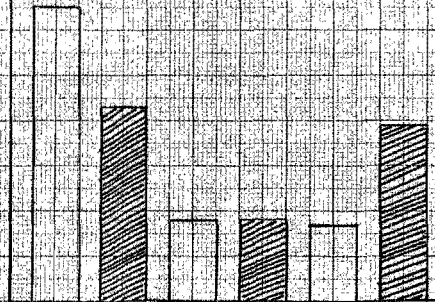
Mujeres



Se lo aceptan

No lo aceptan

Indecisos en aceptar



sibilidad de tipo estético, produciendo esto un temor que la mayoría de ellas llega a exteriorizar.

El pensamiento que impera en los hombres para no aceptar el tratamiento quirúrgico es el sentimiento de inutilidad, pues consideran que sus limitaciones serán las suficientes para sentirse verdaderos inválidos.

Además, también es importante hacer notar la nula información que tienen sobre el tratamiento quirúrgico, pues su único conocimiento es la dolorosa escena de un compañero recién -- operado y que por razones, por demás obvias, se encuentra en un estado físico y psíquico deplorable. Se considera que esto también influye para que en un momento dado el paciente no acepte la intervención.

ACTITUD DE LA FAMILIA

	MUJERES	%	HOMBRES	%
Positivo	14	18	15	21
Negativo	44	56	39	54
Indiferente	20	26	18	25
	<u>78</u>	<u>100%</u>	<u>72</u>	<u>100%</u>

ACTITUDES GENERALES (Sentimientos de soledad).

	MUJERES	%	HOMBRES	%
Sí tienen	55	70	54	74
No tienen	17	22	11	15
Relativo	6	8	8	11
	<u>78</u>	<u>100%</u>	<u>72</u>	<u>100%</u>

Analizando los datos obtenidos de la área que explora la actitud de la familia hacia el paciente (Graf.10) así como

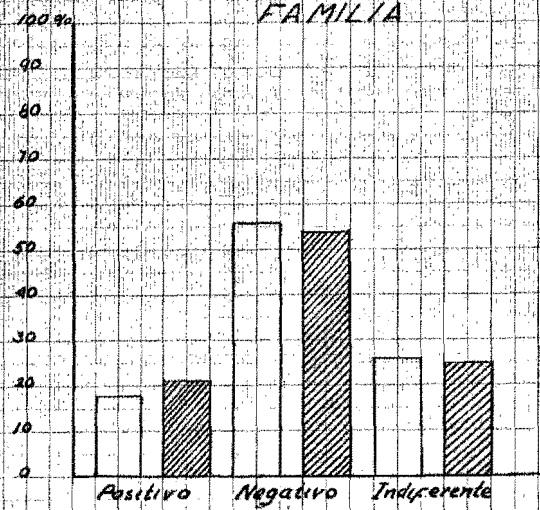
GRAF. X.

ACTITUD DE LA FAMILIA

Escala: 1:1

Hombres: ▨

Mujeres: □



el área de actitudes generales en especial sentimientos de soledad (Graf.11) no existe diferencia significativa en ambos sexos, pues resulta clara la actitud negativa de la familia hacia ellos, proporcionando esto un sentimiento de soledad llegando a sentir aislados ante un medio hostil en donde no podrán satisfacer en forma adecuada las necesidades que demande la integración de su personalidad ya que las fuentes satisfactorias del medio negarán a ello existiendo una posibilidad de variables dentro de la personalidad del tuberculoso pulmonar.

TENDENCIAS A DEJAR EL HOSPITAL IRREGULARMENTE.

	MUJERES	%	HOMBRES	%
Sí ocasionan	22	28	36	50
No ocasionarán	52	67	34	47
Posiblemente ocasionen	$\frac{4}{78}$	$\frac{5}{100\%}$	$\frac{2}{72}$	$\frac{3}{100\%}$

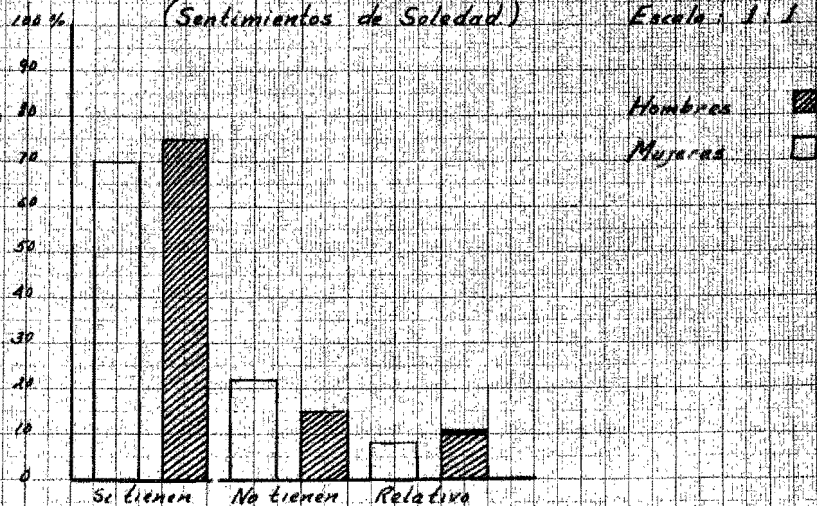
Ahora bien analizando el área que respecta a las altas irregulares (Graf.12) o sea cuando se deja el hospital en contra del consejo médico lo que puede ser en tres formas: a) Alta voluntaria, o sea cuando el sujeto es quien lo pide. b) Alta por indisciplina o sea cuando el sujeto actúa en contra de los reglamentos establecidos, por lo que el médico tiene que darle el alta. c) Alta por fuga o sea cuando el paciente por temor a pedir una alta prefiere fugarse, generalmente cuando se le indica tratamiento quirúrgico.

Ahora bien si englobamos las áreas anteriores con esta última podremos predecir quien llegará a ocasionar una alta irregular.

GRAF. XI

ALTITUDES GENERALES
(Sentimientos de Soledad)

Escala: 1, 1



GRAF. XII.

TENDENCIAS A DEJAR
EL HOSPITAL
IRREGULARMENTE

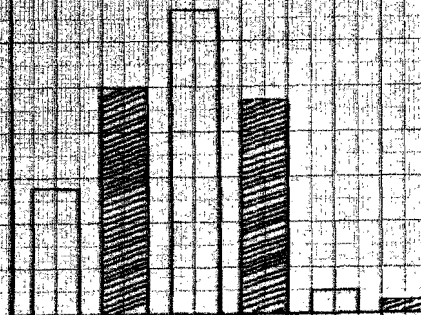
Escala: 1:1

Hombres: 

Mujeres: 

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

Siempre
Nunca
Poco
Mucho



En este aspecto son de nuevo las mujeres quienes tienden a dejar con menos frecuencia el Hospital en contra del consejo médico 34% en las mujeres, mientras el 67% en los hombres. En algunos casos que no fue así se debió a que los esposos no estuvieron de acuerdo con el tratamiento quirúrgico.

Esta área viene a ser importante ya que digámoslo así viene a evaluar las actitudes anteriores y si el paciente abandona o da poca importancia a su tratamiento, llegan a ser agentes activos que transmitan el bacilo de Koch, infectando de esta manera a un núcleo de personas que generalmente llegan a -- ser los familiares.

Así pues las altas registradas en la muestra estudiada se ocasionaron de la siguiente manera:

	MUJERES	HOMBRES
Alta voluntaria	12	10
Alta por indisciplina	2	8
Alta por fuga	$\frac{2}{16}$	$\frac{6}{24}$

Se pronosticó el 79% de dichas altas mediante el formulario Madison. El 12% que no se pronosticó salieron por problemas de familia. El resto no se detectó oportunamente.

Es interesante observar como en las altas irregulares-- ocasionadas, los pacientes coincidían en las áreas siguientes:

- 1.- Poca adaptación al medio Hospitalitario.
- 2.- Sentimientos de soledad.
- 3.- Relativo o ningún apoyo médico.
- 4.- Temor a la operación.

De los casos que se estudiaron hubo 6 defunciones de -

las cuales 3 fueron hombres y 3 mujeres; lo que llama la atención es que todos ellos mostraban un gran pesimismo hacia su enfermedad, prevaleciendo un estado depresivo así como una -- gran inseguridad ante la posibilidad de no poder resolver problemas extrahospitalarios.

Queda pues de esta manera abierto un largo camino en el -- que se investiguen y clarifiquen en forma sistemática aspectos psicológicos en el tuberculoso pulmonar mexicano que nos puedan dar luz para aplicar técnicas que ayuden a mejorar sus condiciones, como que no debemos perder de vista que se trata de un ser bio-psico-social.

CONCLUSIONES.

Después de haber terminado el estudio, y haber presentado por separado los resultados de las diferentes áreas -- que comprende, se llega a concluir que:

1.- En todo Hospital de Tisiología es importante la presencia de un Gabinete de Psicología, ya que este vendrá a integrar un equipo en el que se llegará a estudiar al paciente como un ser bio-psico-social.

2.- El Formulario Madison resulta ser un método que ayuda al psicólogo a detectar oportunamente actitudes que pueden obstruir la buena evolución del padecimiento, aspectos -- que interesarán al tisiólogo para activar su tratamiento y el psicólogo para desplegar técnicas que den un cauce adecuado a dichos problemas.

3.- El poco apoyo médico, así como la relativa adaptación al medio hospitalario, y el gran temor a la operación, en vuelto en un sentimiento de soledad, en la mayoría de los casos determinantes para que el enfermo ocasione una alta irregular por lo que sería de mucha utilidad organizar grupos de psicoterapia educativa con el fin de obtener un mejor ajuste psicológico dentro del Hospital y prepararlos para la vida extrahospitalaria.

4.- En la población del Hospital General (Unidad de Neumología) las mujeres son las que se enfrentan con una actitud más adecuada al tratamiento designado para su enfermedad, por lo que sería de utilidad para ellas desplegar actividades

dentro de la terapia ocupacional.

5.- La mejor educación de las mujeres (en términos - del enfrentamiento más adecuado al stress representado por la enfermedad) se encontrará posiblemente relacionado con ciertas características culturales en la organización de nuestra sociedad, por lo que una exploración de estos aspectos se hace necesario.

6.- Hacer partícipe de Higiene Mental a todo el personal que rodea al enfermo por medio de pláticas, ya que son ellos quienes en forma directa contribuyen al reajuste integral del enfermo.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Hinshaw y Garland. L. Enfermedades del tórax. Tuberculosis Pulmonar. Pag. 393-525. Editorial Interamericana, S.A.1957.
- 2.- Freud. S. Obras Completas, Volumen I Pág. 1213-1220. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1948.
- 3.- Noyes A.P. Psiquiatría Clínica Moderna, Pág. 22-44. La -- Prensa Médica Mexicana, 1961.
- 4.- Roquet S. Esquivel E. Garcés, Otero R. Lic. Arce Cano G. Rehabilitación del tuberculoso. Rev Mex. Tuberc. XIX -- (No.1) 55-79 Ene., Feb.58.
- 5.- Torres, J.: Estado Mental de los Tuberculosos, Edición de la Universidad Nacional Autónoma de México. 1936.
- 6.- Nava Jr. M.: Contribución al estudio de la Psicología del tuberculoso pulmonar. Gac. Med. Mex. 86: 415,1956.
- 7.- Cosío Villegas I.: Comentario al Trabajo del Dr. Nava. Gac. Med. Mex. 86 415, 1956.
- 8.- Witthohwer E.D.: Psychological aspects of tuberculosis. Am. Rev. Tuberc. 532; 62, 1953.
- 9.- Hawkins, N.C., Davies, R. y Holmes, L.: Evidence of Psychosocial Factors in the Development of Pulmonary Tuberculosis. Am. Rev. Tuberc. 75: 768, 1957.
- 10.- Shultz, I.T.: The Emotions of the Tubercular; a Review and an Analysis. J. Abnorm. Social Psychol. 37:260,1942.
- 11.- Prout, C.: Understanding of Personality Patterns. A Guide for the Rehabilitation of the Tuberculosis Am. Tuberc.481: 65,1950.
- 12.- Borabauh M.E. y Guthrie, G.: Personality Characteristics of Tuberculous Patients who Leave the Tuberculosis Hospi-

- tal Against Medical Advice. Am. Rev. Tuberc. 67:432,1953.
- X 13.- Albee G.W. Psychological concomitants in pulmonary tuberculosis Am. Rev. Tuberc. 650;58;1948.
- 14.- Wittkower, E.D.; Durost, H. B. y Laing, W.A.R.A.: Psychosomatic Study of Course of Pulmonary Tuberculosis. Am. Rev. tuberc. 75: 768,1957.
- 15.- Daniels G. E. and Davidoff. The mental aspects of tuberculosis. Am. Rev. Tuberc. 532;62,1950.
- 16.- Arany L.S. Psychiatric Evaluation of the Personality of - the Tuberculosis Patient. Am.Rev. Tuberc.807;74,1956.
- 17.- Trail, R.R.: Psychology of the tuberculous from the Chest-Physician's View point Dis. Chest 27: 59, 1955.
- 18.- Calden G.A.: Method for evaluating the attitudes of Tuberculosis patients. AM. Rev. Tuberc.67 - 722 1953.
- 19.- Rotter J.B. and Willerman B. The incomplete sentence test as a method of studin personality J. consult psychol. 1947. volumen 11.
- 20.- Calden G. Thurston J.R. Lewis W. C. Lorens. Psychological scale for predefcting irregular discharge in tuberculosis patients.- Am. Rev. Tuberc. 71; 419. 1955.
- 21.- Lorens T-H Lewis W. C. Calden G. and Thurston J. R. an investigation of irregular discharge in tuberculosis patient : Repor of a preliminary Study.- Am. Rev. Tuberc.71;419, - 1955.
- 22.- Dra. Dolores M. de Sandoval. La dependencia y pasividad - factores negativos en la rehabilitación del tuberculoso, Rev. Mex. de Tub. XI 55; 1955.
- 23.- Dra. Dolores M. de Sandoval.- El psicodiagnóstico de Rorchach

del paciente tuberculoso.- Rev. Mex. de Tub. XI No. -
57-1951.

- 24.- Payne, A. F., Sentence Completions. New York: New York
Guindace Clinic, 1928.
- 25.- Tendler, A. D., "A preliminary report on a test for emo-
tional insight." J. Appl. Psychol., 1930, 14 , 123-136.
- 26.- Wheeler, D. R., "Imaginal Productivity Tests", in H. A.
Murray. Explorations in Personality. New York: Oxford
University Press, Inc., 1938, pages 545-550; 680-684.
- 27.- Cameron, N., "Reasoning, regression, and communication
in schizophrensia". Psychol. Monogr., 1938, 50, 1-34.
- 28.- Lorge, L., and Thorndike, E. L., "The value of the Res-
ponses in a completion test as indications of personal
traits." J. Appl. Psychol., 1941. 25. 191-199.
- 29.- Sanford, R. N., and others. "Physique, peracnality and
scholar-ship." Monogr. Soc. Res. Child Devel., 1943, 8,
no 1.
- 30.- Rohde, A.R, "Explorations in personality by the sentence
completion method." J. Appl. Psychol, 1946, 30, 169-181.
- 31.- Hutt, M. L. "The use of projective methods of personality
measurement in army medical installations." J. Glin. Psy-
chol., 1945, 1, 134-140.
- 32.- Holzberg. J., Teicher, A., and Taylor, J. L. "Contribution
of clinical psychology to military neuro-psychiatry in an
army psychiatric hospital." J. Glin Psychol., 1947.3.
- 33.- Shor, J., "Report on a verbal projective technique". J.
Clin. Psychol., 1946, 2, 279-282.

- 34.- Rotter, J. B., and Willerman, B., "The Incomplete Sentences Test as a method of studying personality." J. Consult. Psychol., 1947, 11, 43-48.
- 35.- Rotter, J. B., Rafferty, J. E., and Schachtitz, E., "Validation of the Rotter Incomplete Sentences Blank for College screening". J. Consult. Psychol., 1949, 13, 348-356.
- 36.- Stein, M. I., "The use of a Sentence Completion Test for the diagnosis of personality." J. Clin. Psychol., 1947, 3, 46-56.
- 37.- Symonds. P. M., "The Sentence Completion Test as a projective technique." J. Abnorm. Soc. Psychol., 1947, 42, 320-329
- 38.- Forer, Forer "Structured Sentence completion" The five -- Mental Measurement Year Book Pag. 134-135.
- 39.- Aramoni A.: Psicoanálisis de la Dinámica de un pueblo. -- Universidad Nacional Autónoma de México. 1961.
- 40.- Ramírez, S.: La Psicología del Mexicano. Editorial Pax México; S. A. 1961.