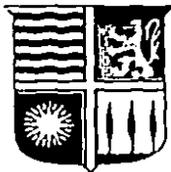


DOCET ET DOCEAT



318525  
10  
UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCALA DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA  
PERSONALIDAD DE MINNESOTA EN  
PACIENTES PSICOSOMATICOS.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

T E S I S  
Que para obtener el título de :  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P r e s e n t a :  
LUCIA ESCALANTE GRECO

Director de Tesis:  
Dr. Javier Romero Aguirre

México, D. F.

1989



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## INDICE

CONTENIDO	PAGINA
<u>RESUMEN.</u>	
<u>INTRODUCCION.</u>	
<u>JUSTIFICACION.</u>	1
<u>CAPITULO I.</u>	
- ANTECEDENTES HISTORICOS.	2
<u>CAPITULO II.</u>	
- MEDICINA PSICOSOMATICA.	21
- EL SINTOMA SOMATICO Y EL PSICOSOMATICO.	31
- ELECCION DEL ORGANO.	33
<u>CAPITULO III.</u>	
. ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS.	35
- ALTERACIONES GASTROINTESTINALES.	35
- OBESIDAD.	37
- ANOREXIA NERVIOSA.	29
- TRASTORNOS RESPIRATORIOS.	40
- ASMA BRONQUIAL.	40
<u>CAPITULO IV.</u>	
ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.	43
<u>CAPITULO V.</u>	
- ASPECTOS METODOLOGICOS.	51
- OBJETIVO.	51
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	51
- HIPOTESIS.	51

- HIPOTESIS ESTADISTICAS.	52
- DEFINICION DE VARIABLES	52
- METODOLOGIA.	54
- DISEÑO DE INVESTIGACION.	54
- INSTRUMENTO.	55
- PROCEDIMIENTO.	56
- MUESTRA.	56
- ANALISIS ESTADISTICO.	57
<u>CAPITULO VI.</u>	
- RESULTADOS.	58
- DISCUSION DE RESULTADOS.	67
<u>CAPITULO VII.</u>	
- CONCLUSIONES.	71
<u>CAPITULO VIII.</u>	
- SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.	74
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.</u>	76
ANEXOS:	
1. INSTRUMENTO.	

## RESUMEN.

En este estudio se pretendía obtener información que permitiera establecer diferencias en los niveles de hipocondriasis en pacientes psicósomáticos y no psicósomáticos, a fin de obtener un elemento más para el diagnóstico diferencial.

Se parte de la hipótesis de que dichos niveles eran diferentes entre ambos pacientes y que serán mayores en los de tipo psicósomático. Por lo que se definen dos variables: La independiente que será el tipo de paciente: Psicósomático y Fisiológico; la variable dependiente será el nivel de hipocondriasis que presentan.

El estudio se realizó con un diseño de grupo control y grupo experimental. La muestra fue seleccionada a través de un método no aleatorio de tipo intensional. Quedó constituida por 120 sujetos de aquellos que asistían a consulta externa en una institución hospitalaria. Fueron asignados a los diferentes grupos de acuerdo con su diagnóstico médico. El grupo de psicósomáticos fue dividido en tres clasificaciones, anoréxicos, obesos y asmáticos.

Para determinar el nivel de hipocondriasis, se les aplicó el test MMPI de Minesota, el cual fue elaborado en Estados Unidos en 1939, y consta de 360 reactivos que miden rasgos de personalidad, esta prueba fue adaptada a México por el Dr. Rafael Núñez.

Con el objeto de comparar los promedios de nivel de hipocondriasis entre los diferentes grupos constituidos, y considerando que los datos obtenidos son de tipo intervalor, se realizó un análisis de varianza y el método Tukey para comparar los grupos.

A través del análisis se observó que existen diferencias entre las del grupo normal y el de psicósomáticos, entre los cuales no se observaron diferencias significativas. Sin embargo, es importante señalar que el grupo diagnosticado como obesos, presentó las más altas puntuaciones en la escala de hipocondriasis.

Al final del estudio se concluye que existen diferencias significativas en los niveles de hipocondriasis que presentan los pacientes diagnosticados como psicósomáticos y no psicósomáticos. Que el MMPI podría proporcionar un elemento para el diagnóstico diferencial.

Concuerda con los estudios planteados por Pinel (1918) y Trouseau (1801) en el sentido de la presencia de los factores psicológicos involucrados en las enfermedades gastrointestinales. Así como con Freud, Cannon y Pavlov, quienes establecieron las bases para estudiar la relación entre la mente y los padecimientos físicos.

Es importante continuar esta línea de investigación a fin de la existencia de factores de etiología psicológica en los padecimientos psicósomáticos.

## INTRODUCCION.

A través de los años se ha llegado a la conclusión de que el hombre es una unidad psicosomática, dentro de la cual el núcleo psíquico y somático se influyen mutuamente.

Desde los filósofos griegos hasta nuestro tiempo se han observado relaciones causales en la génesis de enfermedades somáticas y psíquicas, por la interacción de ambos factores. - Adjudicándose orígenes nerviosos a enfermedades orgánicas.

Por lo que entre otros investigadores como Pinel (1778), -- Trousseau (1801) se abocaron al estudio de los factores psicológicos involucrados en las enfermedades gastrointestinales y el hipertiroidismo.

Asimismo, Abraham y Ferwin encontraron relación entre el -- desarrollo libidinal y los trastornos gastrointestinales.

Mesmer por su cuenta afirmó que por medio de lo que después conoceríamos como hipótesis, se podían modificar los síntomas físicos.

Sin embargo, no fue sino hasta el siglo XIX en que Charcot y Berheim a través de investigaciones clínicas corroboran la -- influencia que ejercen las experiencias psicológicas sobre el funcionamiento de los sistemas orgánicos del hombre.

Freud, Cannon y Pavlov, fueron quienes establecieron las bases para el estudio de las enfermedades psicosomáticas, estudiando la relación entre la mente y los padecimientos físicos.

Freud atribuyó un factor inconsciente a la génesis de ciertos síntomas, debido a la represión.

A principios de este siglo y con base en los trabajos señalados se inician las valoraciones individuales de los sujetos en forma integral y se desarrollan opciones terapéuticas y médicas considerando tanto los factores psíquicos y somáticos y distinguiendo entre las enfermedades psíquicas, somáticas y aquellas consideradas psicosomáticas.

Continuando esta línea de estudio y con el fin de proporcionar un medio que coadyuve en la evaluación diferencial y de la presencia de un factor psicológico en los padecimientos orgánicos. Se llevó a cabo esta investigación, en la que con la ayuda de una prueba psicométrica, aplicada a pacientes previamente diagnosticados como psicosomáticos y a un grupo control; se valora la presencia de un elemento psicológico, medido a través de la escala de hipocondriasis del MMPI, y se compara entre los grupos clasificados con el objeto de establecer diferencias significativas.

Tanto en la terapéutica psicológica como médica, es necesario contar con medios que permitan diferenciar y diagnosticar la presencia de enfermedades psicosomáticas en los pacientes, con el fin de poder prescribir el tratamiento adecuado en cada caso; ya que en ocasiones se dan tratamientos equivocados a ambos tipos de pacientes.

Un diagnóstico adecuado y oportuno redundará en una pronta recuperación del paciente. Por lo tanto, es necesario contar con instrumentos que faciliten la toma de decisiones en su clasificación. En esta tesis se estudian las diferencias en los puntajes obtenidos en la escala de Hipocondriasis del "Inventario Multifacético de la Personalidad", con el objeto de determinar su sensibilidad, para diferenciar a cuatro grupos de pacientes previamente clasificados como psicosomáticos y no psicosomáticos. Lo que permitirá contar con un instrumento válido y confiable, para el establecimiento de diagnósticos diferenciales.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

El inicio de la vida humana, y del hombre como tal, ha sido objeto de estudio para astrónomos, filósofos y toda clase de científicos.

La evolución en cuanto a las investigaciones y reflexiones de diversos pensadores han llevado a la conclusión de que el hombre es una unidad psicósomática, dentro del cual, el núcleo psíquico ejerce influencia sobre el cuerpo humano.

Desde la antigüedad ha habido interés por definir la relación que existe entre lo psíquico y lo somático, el cual queda evidenciado en inquietud por establecer la relación entre el alma y el cuerpo.

El primer esquema del alma que se propuso fue el que afirmaba que ésta era un soplo o una sombra. Después, surgió la idea de que el alma era una entidad "desterrada". Las primeras representaciones del alma la definieron siempre en términos indiferenciados, de tal forma que la hacían aparecer como irreal o no natural.

En el período comprendido entre los Siglos XI y V a.C., Grecia se encontraba bajo una fuerte influencia Chamanística, -

por lo que concebían al hombre un "producto" o una obra puramente divina, y que tenía la particularidad de existir antes del cuerpo y después aún de que éste hubiese perecido. Estas concepciones definen al alma como la "realidad divina" con la capacidad de "habitar", entrar y salir del cuerpo, igualando a éste a "la cárcel del alma" o su sepulcro mismo. Los hombres de ése entonces trataban por medio de la contemplación - liberar y purificar su alma. (1)

Platón y Aristóteles también se preocuparon por definir y conocer el alma. La conclusión de Platón fue que el alma era una entidad separable e inmortal. Por su parte Aristóteles - separó el alma, de la espiritualización, dado que para él es sustancia sólo en tanto que constituye el principio del cuerpo. "Es el acto primero del cuerpo físico orgánico" por lo que siempre es algo que no siendo cuerpo pertenece a él. (2) Las aportaciones de Aristóteles señalan que el alma se encuentra dentro del cuerpo como el elemento que le da forma, concibiéndolo como una unidad integral con el alma. A diferencia de Aristóteles, Platón consideró el alma como algo sin forma, y que por el contrario, el cuerpo es la prisión del Alma. (3)

En el Siglo III d.C., Plotino intenta establecer una relación directa entre las dos doctrinas; por su origen "divino" el alma es una entidad sin forma, sin materia, cuyo destierro es -

la contemplación de lo inteligible pero por su situación "mundana" el alma es capaz de permanecer dentro del cuerpo desde su propio nivel de vida inteligible. (4)

En la época del Cristianismo, durante la Edad Media, dos instancias están presentes y son: La inteligibilidad y la trascendencia hacia Dios. El alma tiene una relación intelectual, pero también filial, pues es considerada como un elemento personal.

Merlo Pontí afirma que "la unidad del alma y el cuerpo, no queda sellada por medio de un decreto arbitrario entre dos términos exteriores, uno objeto y el otro sujeto". Con estas afirmaciones Merlo Pontí, cierra el ciclo abierto desde la antigüedad, el cual fue reafirmado por Descartes. (5)

En la actualidad, la psicología postula una relación directa del alma al de conciencia, factor de totalidad o finalidad de los actos. Durante la época moderna, los problemas referentes al alma, se han presentado con una tendencia más marcada hacia la separación del aspecto psicológico del metafísico.

Platón expone en el Cármenes:

"pero Zalmoxis, nuestro rey, que es un Dios, dice que así como no debe proceder a curar los ojos sin curar la cabeza, ni

la cabeza sin curar todo el cuerpo, así tampoco el cuerpo sin curar el alma. Pues todo lo bueno y lo malo para el cuerpo - y para el hombre entero, procede del alma, y desde ello fluye, así como los ojos proceden de la cabeza. Ella pues debe ser tratada en primer término y con la máxima solicitud, para que se hallen bien la cabeza y todo el cuerpo".

Según Platón, "el error presente extendido entre los hombres es el de querer emprender separadamente la curación del cuerpo y la del espíritu". En el año 400 a.C., Hipócrates aseguraba que para lograr el restablecimiento del enfermo es necesario observarlo estrechamente para lograr de esa manera conocer al paciente en su totalidad. Hipócrates afirmaba que la enfermedad está directamente relacionada con el temperamento de cada enfermo. (6)

Descartes entiende al cuerpo como dos elementos que ejercen - influencia el uno sobre el otro. El cuerpo es susceptible de ser fragmentado, a diferencia del alma, la cual es indivisible, y la considera como la inteligencia, la cual al estar - unida con el cuerpo se transforma en "conciencia". (7)

Dentro de la corriente existencialista, las posiciones filosóficas afirman que:

"Sería raro que el alma pueda existir a la individuación sepa

rándose del cuerpo por la muerte o por el pensamiento puro, - pues el alma es un cuerpo". Y además "la conciencia de mí como existente se me impone irresistiblemente como conciencia - de mí ligado a mi cuerpo". (8)

Los primeros en postular que la enfermedad proviene del interior del cuerpo y no como se creía, por fuerzas externas, fueron los Atisios, en el año 500 a.C. Se consideraba al enfermo como "un pecador". Uno de los modos de tratamiento se basaba en oraciones, sacrificios y súplicas, debido a que en esta época la religión poseía una enorme fuerza cultural.

En lugares como Epiduario, utilizaban el enfoque dinámico de la personalidad de los enfermos para reestablecer la salud, haciendo un estudio profundo de los sueños del paciente, con la finalidad de encontrar en ellos las causas de la enfermedad que el paciente presentaba.

Cierto tipo de sueño definido como "sueños de incubación", - eran relacionados con el periodo anterior a las primeras manifestaciones de cualquier síntoma, de manera que eran una especie de aviso premonición del padecimiento a desarrollarse. (9)

Sigerest señaló que también en las sociedades más primitivas, el enfoque holístico se hacía presente, el cual afirmaba que

las enfermedades eran la consecuencia de poderes espirituales que se encontraban dentro del mismo cuerpo del enfermo, las cuales afectaban completamente al paciente. Las teorías en las civilizaciones Asirias Babilónicas, Roma y Grecia, eran muy similares. (10)

Durante la edad media, las ideas religiosas y mágicas deformaron el concepto del hombre. Aristóteles observó la relación entre emociones tales como el miedo, el gozo, el peligro, coraje y alteraciones físicas, a pesar del concepto erróneo y "mágico" que del hombre se tenía.

Galeno descubrió que el cerebro es el centro de donde parten las sensaciones, las emociones, y la razón. Así también, en Grecia se descubrió que los fluidos del cuerpo y el temperamento son los causantes de los padecimientos físicos.

El concepto de la relación entre el cuerpo y el alma, lo expresó el cirujano Henri de Mondevill (1260-1317) de la siguiente manera: "Incluso el más ignorante sabe que la alegría y la tristeza son accidentes del alma y que el cuerpo engorda con la alegría y adelgaza con la tristeza". (11)

En el S. XVII Descartes postuló que el centro de la emoción se encuentra en el sistema nervioso, más exactamente en la

epifisis, en donde principalmente se localizaba el alma, siendo ésta la encargada de interpretar la información y transmitirla, para enviar las Órdenes.

Pinel en 1798 afirmó en su monografía que "Los nervios designan los trastornos nerviosos ligados a diferentes órganos como: Espasmos del esófago, vómito, dispepsia, cardialgia, cólicos". (12)

Trousseau (1801) afirmó que el origen del hipertiroidismo era puramente nervioso, así como también ciertas diarreas. En relación a la dispepsia, escribió:

"Si abordamos un orden de hechos que toca de más cerca a la clínica, ¿Quién no ha comprobado en el hombre estas influencias de los trastornos de la inervación en la digestión, - quién no sabe que una fuerte emoción moral suspenderá el curso y ocasionará una indigestión; quién no sabe cuán a menudo las preocupaciones morales prologadas por largo tiempo tienen una funesta repercusión en el aparato digestivo, y que son - una causa frecuente de la dispepsia?". (13)

El problema de las enfermedades psicósomáticas logró despertar el interés de Abraham y Ferwin, los cuales se abocaron al estudio del tema. Abraham, quien tenía conocimientos sobre las etapas anal y oral, así como el desarrollo de la libido,

mismos que aplicó para el esclarecimiento de las enfermedades psicosomáticas, afirmando que ambas etapas y el desarrollo de la libido estaban directamente relacionadas con trastornos gastrointestinales. Hizo una descripción muy detallada de las actitudes emocionales, sobre el desarrollo del niño normal que acompañan la ingestión de alimentos y la eliminación de las heces.

Ferwin, afirmó que el paciente no elegía el órgano afectado y aplicó el modelo de conversión a las neurosis orgánicas. (14)

La relación que existe entre el Psiquis y el Soma fue propuesta por Heinroth, Jacob y Beaumont, subrayando la importancia del factor emocional.

Mesmer afirmó que por medio de lo que ahora llamamos hipnosis podía modificar la evolución y curso de los síntomas físicos. Debido a esta hipótesis, Mesmer fue muy criticado y finalmente ignorado por la comunidad médico científica. Esta situación permaneció hasta el Siglo XIX, cuando su hipótesis fue aceptada debido a que Charcot y Berheim, por medio de investigaciones clínicas, la influencia que ejercen ciertas experiencias psicológicas sobre el funcionamiento de los sistemas orgánicos del hombre, y sobre los cuales la "influencia personal" del médico era la causa del reestablecimiento de las fun

ciones antes alteradas. (15)

Tres grandes científicos, Freud, Cannon y Pavlov, fueron los que por medio de sus trabajos de investigación, establecieron las bases para el estudio de las enfermedades psicosomáticas, estudiando la relación entre la mente y los padecimientos físicos.

El psicoanálisis fue una de las corrientes teóricas que desarrolló más la medicina psicosomática. Freud atribuyó al elemento emocional los padecimientos o cambios orgánicos, aunque sin usar el término de psicosomático; dando también un significado determinado a cada tipo de padecimiento como en el caso de las parálisis, perturbaciones sensoriales y contracturas.

Freud quien por primera vez habló de un elemento que controlaba ciertos actos del hombre, sin que éste pudiera evitarlo, llamándolo inconsciente. Freud descubrió que los síntomas se originaban en el inconsciente, debido a la represión, ya que por ésta no encontraban salida en el comportamiento motor. Así que se dirigían a algún órgano o sistema orgánico, causando alteraciones. (16)

A finales del Siglo XIX, los padecimientos psicosomáticos -

alcanzaron explicaciones que se basaban en conocimientos de - neurología, con la intención de hacerlos de manera más científ ica y exacta.

Freud desarrolló sus teorías en la Unión Soviética, mientras que Pavlov descubrió el reflejo condicionado por medio de la observación, en la secreción de jugos gástricos en perros expuestos en su laboratorio a diferentes situaciones, siendo de esta manera, como se estableció el método de investigación es pecífico para establecer la relación entre los procesos inter nos de la salud y la enfermedad. Es entonces cuando surge la teoría córtico-viceral que sostiene que: "Las víceras están sujetas a la acción de la corteza cerebral y tienen influencia sobre ella". (17)

Félix Deutsch siguió la línea de Groddeck, quien intentó dar una interpretación a las disfunciones fisiológicas en base a los sistemas sensorial y neuromuscular, de acuerdo a los conceptos considerados como síntomas de conversión histérica; - así que Félix Deutsch interpretó muchos de los trastornos fi siológicos como conversiones histéricas, pues expresaban un - marcado contenido psíquico inconsciente. (18)

A principios de este siglo, y gracias a los trabajos de - Pavlov, de Cannon y los de tipo psicoanalítico, abrieron el -

paso para poder hacer una valoración individual de cada paciente, así como de sus emociones, su posición en el medio ambiente, su constitución y elementos orgánicos, todo lo cual, permitió el desarrollo de opciones terapéuticas y médicas distintas a las que hasta ese momento existían, así como también la interpretación psico-orgánica aprovechó el nuevo camino.

El sistema endócrino, la interrelación hipotalámica y el sistema nervioso integran el estudio de las emociones y de los cambios fisiológicos que se llevan a cabo durante las experiencias del paciente sujeto a observar. (19)

Wolff afirma en su postulado que las variadas situaciones de stress son un peligro ante el cual el sujeto pone en marcha - (de manera inconsciente) reacciones físicas adaptativas, ofensivas, defensivas y protectoras.

Estas conductas dependen de diferentes sistemas y las más comunes son las conductas defensivas. Por ejemplo, si una persona se encuentra en grave peligro, la forma de protegerse - puede ser expresada físicamente por una necesidad urgente e imperiosa de comer. Cuando el caso es éste, la manifestación es a nivel de la fisiología digestiva. (20)

Por medio de las investigaciones realizadas por Cannon (1920)

el área de la medicina psicosomática llegó a ser el modelo y fundamento básicos de la neurofisiología. Con la descripción de la interacción entre el sistema neurovegetativo y las glándulas endócrinas (sistema sumamente complicado), Cannon demostró que la "tensión" emocional podía ser referida a cualquier sitio del cuerpo por medio de las innervaciones o vías nerviosas correspondientes.

Cannon afirmaba que las situaciones importantes de enojo, miedo o ira podían ser generadoras de importantes cambios físicos. El concepto de homeostasis fue definido por Cannon como el equilibrio dinámico del medio interno. De esta forma los mecanismos homeostáticos de retroalimentación son los encargados de mantener dentro de rangos mínimos de variación a las constantes fisiológicas, a pesar de las influencias del medio ambiente en el que se desenvuelve el sujeto. (21)

Harold Wolff en su teoría pone en duda lo específico del conflicto de personalidad, definiendo lo específico como la consignación de una situación por la que existe una respuesta a nivel de vivencia psíquica y otra a nivel del cuerpo. Wolff considera que lo único importante es la respuesta funcional del individuo. (22)

En 1935 se populariza el término "psicosomático", el cual fue

introducido por Dunker y Flanders dentro del campo occidental de la medicina psicosomática.

El médico general tenía entonces dentro del término de medicina psicosomática contenidas dos áreas que son; el área que abarca las enfermedades corporales y el área de las relaciones emocionales. Alexander en su escuela de Chicago realizó un sistema bien estructurado y coherente acerca de la especificidad de las enfermedades psicosomáticas mayores, situando de manera paralela conflictos específicos del término en el sentido psicoanalítico y algunas modificaciones fisiológicas. Alexander es considerado como un exponente de la medicina psicosomática. (23)

Angel Garma, David Rosenfeld, Groddeck, Martha Beckel y E. Pichón Riviéra, todos ellos de orientación psicoanalítica, realizaron incontables terapias profundas de tipo psicosomático de donde tomaron el material para sus conclusiones posteriores. Las alteraciones de tipo psicosomático visceral pueden ser interpretadas en base a los mecanismos de conversión simbólica, basándose en la interpretación de los síntomas que se presentan en el sujeto a lo largo del tratamiento, haciéndolo de manera global y puede darse el caso de que la enfermedad cambie su curso sin que se pruebe por ésto la veracidad y eficacia de estas interpretaciones.

Estos autores consideran a los trastornos del desarrollo temprano como los condicionantes de la presentación de la enfermedad psicosomática, comprendiendo que los síntomas presentan los rasgos pulsionales característicos del período en que se originan, debido a que las modalidades específicas en que el impulso se expresa en cada fase del desarrollo tienen la relación que el sujeto al evolucionar establece con el objeto. (24)

M. Balint realizó un estudio interaccional médico-enfermo y ha logrado establecer gran influencia sobre las investigaciones psicosomáticas. Balint subraya como muy importante la comunicación entre el enfermo y el médico así como la relación que entre ellos dos se establezca, tanto a niveles conscientes como a niveles inconscientes. Su teoría establece la importancia de establecer un puente entre la psicología "a una persona" y la psicología "a dos personas", entre el campo interpersonal que la personalidad del sujeto moldeará en su comunicación con el médico y la personalidad misma del sujeto - determinada por su pasado. (25)

El término psicosomático ha sido empleado en diferentes sentidos; uno de ellos ha sido dominar la visión integral y crítica de los postulados básicos de la práctica e investigación de la medicina tradicional; y definir un grupo de enfermedades en las que los factores psíquicos parecen determinantes.

La medicina psicosomática según Silboorg no es ninguna manera de nueva especialidad que se encargue de estudios de fenómenos recién descubiertos y la define como una extensión de la psiquiatría y la medicina. "No quiere ni pretende que se considere el estudio del soma y de la psique por separado, sino que es la reafirmación de un principio antiguo que enfatiza - que cuerpo y mente están funcionando como órganos interactivos dependientes".

Flanders Dunbar, en 1939, fundó la primera revista psicosomática en la que se refería a la definición de psicosomático - con las siguientes palabras. "El objeto de esta ciencia es estudiar en su interrelación, los aspectos fisiológicos de todas las funciones corporales, normales o anormales, y así integrar una nueva modalidad terapéutica". (26)

Uno de los objetivos más importantes para la medicina psicosomática fue el de establecer un sistema conceptual y metodológico integrado que contenga todos los principios básicos de - ambos enfoques científicos. La teoría psicosomática en la investigación, abarca, el tratamiento médico, así como el diagnóstico, lo cual consiste en la aplicación coordinada de conceptos somáticos y métodos patológicos, farmacológicos, anatómicos, fisiológicos y psicológicos. (27)

La medicina psicosomática, como ciencia, trata de cimentar un cuerpo metodológico y teórico para lograr la comprensión de la enfermedad y la salud del hombre como un ser bio-psico-social.

Siebek expresó su opinión acerca de la medicina psicosomática afirmando que: "Todo el mundo lleva en su personalidad, en su biografía, las fuerzas que determinan el origen, la modulación, el curso y la curación de la enfermedad. La enfermedad es sólo un episodio de la vida, pero tiene tantas raíces internas y externas en la zona corporal y en la región anímica". (28)

A pesar de que bajo este punto de vista todos los padecimientos que sufre el hombre son en principio provocados por un elemento psíquico, o por lo menos debería existir la tendencia a conceptualizarlo como tal, en el área práctica de la medicina, se ha limitado el concepto a un grupo de afecciones donde "los factores psicológicos" aparentemente son importantes o determinantes en las enfermedades en las que la etiología aún se desconoce a pesar de los avances en la investigación biológica.

Las enfermedades consideradas como psicosomáticas según Díaz Benavides (1975), son aquellas cuyo origen se relaciona con -

los estados emocionales: Ira, miedo, ansiedad, fatiga nerviosa, las cuales, después de permanecer de forma prolongada, producen alteraciones físicas que, de prolongarse y finalmente perpetuarse, dan como resultado un proceso psicológico. (29)

Kolb (1977), asegura que: "Cuando los aspectos de angustia, miedo o ambos, así como sus derivados en forma de culpa y vergüenza, se mantienen en niveles cuya intensidad rompe las defensas psicológicas habituales, se producen trastornos de manera predominantemente psicológica, la expresión fisiológica exagerada de larga duración, con el tiempo puede conducir hasta un cambio estructural en el órgano o en la víscera involucrada". (30)

Por su parte Alexander (1979) asegura que: "Los estados emocionales no se expresan sólo en un comportamiento extremo, sino que los procesos fisiológicos internos también responden a cada estado emocional mediante el mecanismo de adaptación". Añade "que las respuestas vegetativas se vuelven crónicas al estar sometidas a estímulos continuos, que provienen de conflictos sin resolver, y que cada estado emocional específico provoca una respuesta fisiológica específica". Afirma que estas reacciones son de adaptación de los órganos vegetativos, ante la situación general en que se encuentra el organismo, y asegura en su teoría: "Que la coexistencia de los factores

de la vulnerabilidad somática local del órgano afectado y la constelación emocional específica son las que provocan el "disturbio orgánico" y que "bajo la influencia de los estímulos emocionales pueden desarrollarse trastornos físicos en cualquiera de los órganos vulnerables; dicha vulnerabilidad es causada por la herencia o por trastornos orgánicos previos".

(31)

Aún cuando los procesos psíquicos deberían haberse desarrollado de manera normal y llegar a la conciencia, hay situaciones que perturban e interrumpen su desarrollo y/o su curso dando por resultado el o los síntomas físicos, si son obligados a permanecer inconscientes. Se puede considerar que los síntomas son sustitutos en fantasía de actos integrados y adecuados, lo que sucede cuando hay una situación de tensión instintiva por medio de un comportamiento coordinado adecuado, estas tensiones buscan otra salida, dentro de las cuales se encuentran los síntomas orgánicos, expresando así simbólicamente, lo reprimido. (32)

De lo antes expuesto, se deduce que existen variados fundamentos y criterios, los cuales tendrán consecuencias terapéuticas y clínicas en cuanto a los que se entiende por enfermedad psicosomática, pero de una forma o de otra todos se dirigen a que la práctica médica se preocupe y estudie al sujeto como -

una unidad integral, como "una persona entera" y que se interese por las situaciones psicosociales y psicodinámicas de la enfermedad.

Los síntomas emocionales y físicos de las enfermedades psicosomáticas desde el punto de vista psicodinámico, representan de acuerdo con Freud, "soluciones de compromiso", entre las exigencias defensivas y los deseos inconscientes reprimidos. Freud afirma que "los síntomas neuróticos poseen un sentido propio y una íntima relación con la vida de las personas, en los que surgen". Como regla, ante la presencia de un síntoma por lo que debe deducirse en base a éste, la existencia de procesos a nivel inconsciente que contienen el sentido del síntoma. Es necesario que dicho sentido del síntoma sea inconsciente por que de lo contrario no se produciría el síntoma. La formación del síntoma representa entonces la sustitución de "algo" que no ha encontrado salida y no ha podido manifestarse al exterior. (33)

Cameron (1982) asegura que "En los trastornos psicosomáticos el individuo reacciona a la tensión y a la ansiedad con un mal funcionamiento fisiológico directo, que incluso llega a provocar daños irreversibles en órganos y tejidos". (34)

MEDICINA PSICOSOMATICA.

Charcot (1955) realizó investigaciones acerca de la histeria a través de las cuales encontró que las alteraciones psicológicas influyen determinadamente en las alteraciones fisiológicas y las fisiológicas, lo que se lleva a cabo de manera aislada o en combinación con agentes físicos, biológicos o químicos: De lo anterior se deduce que en ciertas circunstancias, un síntoma es la expresión a nivel simbólico de un conflicto mental, y en otras ocasiones es la respuesta del organismo ante determinados estímulos emocionales persistentes o recurrentes. A pesar de la intención de los variados científicos que se han preocupado por investigar la relación entre los aspectos somáticos y los psíquicos, no ha logrado dar una estructura a la integración de ambos elementos y por el contrario, tiende a una visión orgánica o biológica de la enfermedad psicósomática, a considerarla como la respuesta del organismo ante determinados estímulos emocionales recurrentes o persistentes. (35)

En la época Freudiana, los psicoanalistas estudiaban e investigaban la histeria de conversión; los especialistas en medicina interna estudiaban los efectos perjudiciales resultantes de la presencia persistente de las emociones, sobre el funcionamiento de diversos síntomas fisiológicos como el vascular o

el gastrointestinal.

Sus observaciones se basaban en las alteraciones de la intensidad y coordinación con que el órgano funcionaba. Entendiendo dichas alteraciones como "trastornos funcionales", causados por la persistencia prolongada de problemas emocionales, - los cuales acaban produciendo cambios tisulares, así como enfermedades orgánicas.

Cannon por medio de sus investigaciones acerca de los efectos fisiológicos de la ira, el dolor, el miedo y el hambre, realza la importancia del papel que desempeña el sistema nervioso central autónomo. Lo anterior es aceptado en la actualidad - al conocer el hecho de que los cambios que causan las enfermedades psicosomáticas están influenciados por el sistema nervioso autónomo y neuroendócrino. (36)

Freud (1896) partiendo de las observaciones de Charcot, llega a concluir que "una tensión emocional crónica puede traducirse en síntomas físicos, tal como se aprecia en la histeria". - Afirmó además que los síntomas presentados por los pacientes histéricos eran las expresiones simbólicas de un conflicto interno, o sea, de un compromiso entre una emoción compulsiva y los esfuerzos del ego para dominarla.

Los síntomas presentados por los pacientes histéricos, comprenden siempre procesos fisiológicos, bajo el llamado control voluntario, por ejemplo los sistemas sensitivo y neuromuscular. Sin embargo, se aseguraba que la fuerza que promueve al síntoma es inconsciente. (37)

Hay ocasiones en que el síntoma corporal representa en el paciente el modo de satisfacer necesidades personales, tales como: Seguridad, prestigio, afecto, atención etc., y en otras el paciente sufre las consecuencias de tensiones no resueltas. (37)

Cannon demostró que cualquier cambio que se presente para el sujeto, lo prepara para hacerle frente a la situación de diversas maneras, por ejemplo, para huir del peligro o luchar ante éste.

Cuando el sujeto se encuentra bajo una situación de miedo, ira, etc. se efectúan variadas reacciones corporales, las cuales producen una serie de cambios internos que a su vez, son procesos encargados de preparar al sujeto para la lucha, cuando el organismo se prepara para defenderse, el componente simpático del sistema nervioso autónomo interviene de manera activa, preparando al organismo para la huida o la lucha y causando los correspondientes cambios fisiológicos, tales como:

Traslado de sangre a los músculos, aceleración de la respiración, constricción de las víceras, inhibición, motilidad gastrointestinal y la aceleración del corazón. Por lo anterior, se puede igualar o comparar al sistema simpático, con un complicado sistema de alarma o mecanismo de emergencia y por el contrario, las funciones del sistema parasimpático son aquellas que reestablecen los recursos corporales. (38)

En sí mismos la ira y el temor son ajustes del organismo ante situaciones de emergencia. El mecanismo de adaptación, equilibrio y ajuste, se denomina "homeostasis" y el que el organismo la conserve es muy importante.

La medicina psicosomática encuentra abierto un nuevo camino - gracias a la teoría de Cannon, en la cual afirma que no se da una respuesta autónoma sin una provocación de por medio y dicha respuesta va acompañada de un estado emocional intenso, - para que de esta manera, se ocasionen alteraciones funcionales que produzcan cambios orgánicos. En base a las afirmaciones de Cannon, los procesos humorales y nerviosos constituyen los mecanismos principales de homeostasis. Dichos procesos - entran en juego ante los estímulos externos o internos que alteran el sistema homeostático.

En sus experimentos, Cannon encontró que la hiperactividad de

una parte del sistema nervioso autónomo produce el mecanismo compensatorio en la parte opuesta del sistema, todo ésto con el propósito de alcanzar una armonía total. Estos ajustes - del organismo constituyen el punto inicial para el estudio de las reacciones del hombre ante estímulos emocionales y físicos. (39)

Hans Selye contribuyó a desarrollar modelos explicativos de - las "enfermedades de adaptación". Con su teoría revolucionaria acerca de los mecanismos de defensa y adaptación que se - presentan ante situaciones de stress y alarma, demostrando - que cuando el organismo se encuentra bajo influencias dañinas sean éstas de tipo emocional, tóxico o infeccioso, se origi- nan variadas reacciones tendientes a neutralizar el efecto da ñino o agresivo. (40)

Selye afirma que existe una relación estrecha entre la secre- sión de corticoides y la respuesta al stress y explica que si la influencia nociva es persistente, el sistema puesto en fun- cionamiento se agota y el organismo desarrolla lo que llama - "enfermedad de adaptación". (41)

"Cuando en el hombre o en los animales de experimentación, - los órganos son inducidos a funcionar intensamente, o cuando los tejidos son lesionados, hay evidencias de una secreción -

aumentada de corticotrofina, hormona hipofisia que estimula - la corteza suprarrenal. Esto produce una mayor eliminación - de hormonas corticoides que actúan en los mecanismos de adaptación". (42)

Las enfermedades como la úlcera y la hipertensión son originadas por la alteración en los mecanismos de adaptación, debido a que la reacción no específica consecuente a la exposición - prolongada al stress, modifica la reserva alcalina, la tensión arterial, la temperatura, el pulso, la secreción de esteroides, el equilibrio glucoproteico, el equilibrio hidromineral, etc. (43)

pavlov hizo su aportación para el campo fisiológico con el estudio realizado de las reacciones provocadas en el área visceral. (44)

Se ha llegado a la conclusión, en base a estas investigaciones, que el sistema endócrino y el sistema nervioso juegan un importante papel en el desencadenamiento de ciertos padecimientos psicosomáticos. Papez (1937) relaciona los estados emocionales con el sistema límbico en un intento de "señalar estructuras anatómicas y síntomas fisiológicos relacionados - con ellos, que considerados en conjunto, participan en las diversas fases de la dinámica emocional, conciencia y funciones

relacionadas con ella". (44)

Kolb afirmó que "es importante poseer conocimientos amplios - sobre el papel de la angustia en el desarrollo de las enfermedades, pues este fenómeno es la raíz de todo trastorno psicopatológico y por consiguiente, también desempeña importante - papel en la conducta normal". (45)

Pavlov descubrió que no se pueden provocar trastornos cróni--cos en la conducta de animales condicionados, por lo tanto, - concluyó que la monotonía y la rutina insatisfactoria de los reflejos podrá ser el factor más importante en la producción - de la tensión. Asimismo, con su teoría del reflejo condicio--nado, provocó enormes cambios en la apreciación fisiológica - de la conducta humana. Otro factor muy importante es el de - que el origen de estos trastornos está relacionado con las situaciones de angustia, lo que puede conducir a trastornos predominantemente fisiológicos y no simbólicos. El síntoma de - tipo psicossomático no es suficiente para dar una explicación satisfactoria a la inquietud del paciente, es la llamada an--gustia primaria que originó el síntoma y que amenaza con abrir camino por medio de las defensas insuficientes, la que ejerce mayor influencia, o sea que el síntoma psicossomático es pro--porcional a una medida de emergencia utilizada por el pacien--te para impedir que la angustia lo agobie. (46)

Otra de las afirmaciones de los trabajos sobre neurosis de angustia, señala que "la psique cae en el afecto de angustia - cuando se siente incapaz de tramitar una tarea, un peligro - que se cierne desde afuera, mediante una reacción correspondiente".. (47)

Freud (1917) define "angustia realista" como una reacción - frente a la percepción de un peligro exterior, es decir, de - un daño esperado y previsto; va unida al reflejo de la huida y es lícito ver en ella una manifestación de la pulsión de - autoconversión". (48)

Freud afirma que la angustia es una repetición de una determinada vivencia significativa, la cual estaría representada por el acto del nacimiento: "Decimos que es el acto de nacimiento, en el que se produce ese agrupamiento de sensaciones displacenteras, emociones de descarga y sensaciones corporales - que se han convertido en el modelo para los efectos de un peligro mortal y desde entonces es repetido por nosotros como - estado de angustia". "El acto del nacimiento es la primera - vivencia de angustia y, en consecuencia, la fuente y el modelo del afecto de angustia".

Durante las situaciones que representan peligro, se originan: La acción motriz o visceral, y por otro lo que se siente como

estado de angustia. Freud define este estado así: "Determinadas inervaciones motrices o viscerales y ciertas sensaciones - que son, además, de dos clases: Las percepciones de las acciones directas de placer y displacer que prestan al efecto, como se dice, un tono dominante". (49)

Después de varios años, Freud en 1926 introduce nuevos puntos de vista: "El nacimiento pasó a ser el arquetipo de todas - las situaciones posteriores de peligro, planteadas bajo las nuevas condiciones del cambio en la forma de existencia y el progreso en el desarrollo psíquico. La angustia sentida a raíz del nacimiento, pasó a ser el arquetipo de un afecto de angustia que debía compartir los destinos de otros afectos. O se reproducía en situaciones análogas a las originarias, como una forma de reacción inadecuada al fin, después de haber sido adecuado en la primera situación de peligro, o el YO adquiría poder sobre este afecto y se servía de él como alerta - frente al peligro y como medio para convocar la intercesión - del mecanismo de placer, displacer". (50)

Freud introduce el término de "señal de angustia" para definir el sistema activado por el YO, frente a alguna situación de peligro para prevenir y finalmente evitar el que se desborde por el flujo de excitaciones. De manera que la señal de angustia hace evidente una nueva función, misma que se -

convierte en un motivo de defensa del YO. Las definiciones de los tipos de angustia proporcionados por Freud, aclaran que la angustia normal tiene su origen en una excitación externa. Lo anterior es distinto cuando se trata de la angustia neurótica, pues ésta es el resultado de una excitación en dógena (interna). Las personas que sufren de esta angustia neurótica, "eligen" siempre como la causa más probable, a los hechos que, aunque accidentales, los interpretan como indicio de una desgracia, y explotan en el peor sentido cualquier incertidumbre. Esta inclinación a la expectativa de desgracias está presente como un rasgo de carácter en muchas personas, que en general no podrían clasificarse como enfermas, y a las cuales se les percibe como hiperangustiados o pesimistas, sin embargo, un grado notable de angustia corresponde a una afección neurótica: (51)

Freud intentó establecer vínculos entre la angustia realista correspondiente a una reacción ante el peligro y la angustia neurótica que no corresponde a un peligro externo real y que es aplicada de manera anormal: "El enlace buscado se establece si tomamos como premisa la oposición entre YO y líbido. Como sabemos, el desarrollo de la angustia es la reacción del YO frente al peligro y la señal para que se inicie la huida". La angustia neurótica es considerada líbido.

La diferencia entre la angustia realista y la neurótica se estableció en 1926, cuando surgió el concepto de angustia automática. "El factor determinante de la angustia automática es una situación traumática, y ésta es esencialmente, una vivencia de debilitamiento del YO frente a una acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, que aquel no puede tramitar". (52)

#### EL SINTOMA SOMÁTICO Y EL PSICOSOMÁTICO.

Los síntomas de tipo somáticos son aquéllos cuya función es la de defender o proteger contra los afectos y emociones, - que ante la imposibilidad de descarga psíquica encuentran dentro del "espacio corporal" un medio viable para manifestarse. La angustia de los pacientes afectados de esta manera se caracteriza por la ausencia de "ligadura" con algún tipo de representación mental. Como consecuencia de lo anterior, el paciente presenta manifestaciones somáticas a nivel consciente de diversas modalidades. (53)

Los pacientes con alteraciones de tipo psicossomático presentan una capacidad muy limitada para expresar los afectos de sus vivencias, así como el contenido de éstas.

Se han realizado estudios para conocer el funcionamiento

mental de las personas consideradas como pacientes psicossomáticos, basados en una hipótesis básica que afirma: "El proceso de somatización aparece cuando el sujeto no es capaz de tratar conflictos y angustias en su "espacio psíquico". (54)

El órgano afectado en el paciente psicossomático, es definido por Fenichel como órgano-neurótico y afirma que "la moderna denominación de perturbaciones psicossomáticas" no es del todo perfecta, pues sugiere un dualismo que no es realmente tal. - Todas las alteraciones físicas, ya sea somáticas o psicossomáticas, tienen su origen en el área psíquica, debido a que todo ser vivo está expuesto constantemente a diversas situaciones emocionales. El estado emocional influye directamente sobre todas las funciones vitales del organismo. (55)

Todas las personas se encuentran constantemente influidas por sus necesidades instintivas de tipo inconsciente y consciente, así como ciertas necesidades son reguladas por los actos conscientes; aquéllos impulsos que no encuentran una vía de salida para su desahogo, buscan cualquier vía probable para este desahogo, la cual si se utiliza para este fin con frecuencia, en determinado momento darán paso a alteraciones físicas. (56)

### ELECCION DEL ORGANOS.

¿Cuál es la razón o motivo para que algunas veces las enfermedades psicosomáticas se establezcan en determinado órgano y - en otras ocasiones lo hagan en otro órgano diferente? Hay - personas con perturbaciones emocionales que sufren alteraciones en la piel, otras en el sistema respiratorio o gástrico, - e incluso en el cardiovascular. (57)

Los expertos aseguran que existe una estrecha relación entre las vivencias infantiles, la constitución física y la personalidad en relación a la "elección del órgano" que va a "manifestar" y ser la vía de escape para el impulso reprimido y todas aquellas situaciones emocionales negativas para el sujeto.

Otra de las teorías afirma que existe un factor hereditario, - así como también determinada sensibilidad congénita y un último factor es el de la constitución física de la persona en cuestión, para la "elección del órgano o sistema afectado".

La resistencia de los órganos determina que, en base a otra teoría, el órgano más débil sea el afectado por el trastorno psicosomático, pues es el de menor resistencia. Esta falta de resistencia puede ser consecuencia de un daño previo o constitucional. (58)

En los dos primeros años de vida del niño, éste forma diferenciaciones en sus expresiones emocionales y en sus experien- -cias, así como también en su forma de comportarse. La relación madre-hijo es la que se puede considerar como más cerca-  
na y la más estrecha a la cual está sujeto el niño, de manera que esta relación es determinante para la expresión emocional del niño. (59)

Alexander (1950) afirmó que el desarrollo de un síntoma psicosomático era la consecuencia de una interrelación entre la vulnerabilidad de un sistema y órgano específico y un conflicto emocional, el cual modifica el funcionamiento normal del sistema u órgano. (60)

ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS.- ALTERACIONES GASTROINTESTINALES.

El índice más alto de enfermedades psicossomáticas se encuentra dentro de esta clasificación. El niño al ingerir la leche, experimenta el alivio por primera vez, a la tensión e incomodidad física que representa el hecho de tener hambre. Este alivio del hambre es posteriormente y durante la madurez, asociado con sentimientos de bienestar. Y por el contrario, el encontrarse privado de alimentos o en su defecto, el que la ingestión de éstos sea irregular, se relaciona con sentimientos de ira o tensión. Por lo tanto los procesos de percepción que se desarrollan de manera gradual, en base al contacto con la madre, se mezclan con el trastorno somático y con las emociones asociadas a éste.

La ingestión de alimentos mantiene una estrecha relación con la vida emocional de las personas. Es evidente que desde que inicia la vida, el hecho de la alimentación proporciona al sujeto sensaciones de bienestar, seguridad, amor, cuidados, al mismo tiempo que se hacen presentes la envidia, la posesión y la codicia. Cuando el sujeto sufre algún conflicto dentro de estas áreas, las alteraciones en el apetito o hambre son inminentes (anorexia o bulimia), en las funciones del sistema digestivo (colitis ulcerosa y úlcera duodenal),

y dentro de la deglución (vómitos; espasmo del cardias y nervios). (61)

La madre presenta un especial interés en el excremento del niño, ya que de esa forma podrá darse cuenta del funcionamiento digestivo y podrá detectar cualquier alteración de este tipo a tiempo, para su tratamiento. Es por ésto que el acto excretor desde los inicios de la vida está asociado con diversas actitudes emocionales tales como la atención, el amor y el cuidado de la madre hacia el hijo. No obstante que el niño experimenta una sensación placentera al retener las heces, ante el "entrenamiento" de la madre para lograr establecer un sitio y condiciones adecuadas, por medio de premios, caricias y palabras alentadoras, el niño asocia el excremento con el concepto de posesión y lo vive como una donación en primera instancia a su madre, siendo reforzada esta conducta por el interés de su madre. (62)

El sentimiento del deber, el deseo de posesión, el de obligación, el de dar y los impulsos hostiles en la conducta de ensuciar, son posibles influencias sobre el sistema gastrointestinal, así como a las alteraciones en su funcionamiento como la constipación y la diarrea.

Las afirmaciones de Alexander aseguran que todos aquéllos

pacientes que presentan alteraciones gástricas, tienen una personalidad con tendencias depresivas reprimidas, la vida cotidiana de estas personas está acosada constantemente por la influencia de preocupaciones y temores. (63)

#### - OBESIDAD.

Este problema consiste en la alimentación exagerada, como una forma de "gratificación sustituta de tendencias emocionales frustradas que, básicamente, no tienen que ver con el proceso de nutrición". (64)

Los sujetos con problemas de obesidad, buscan a través de los alimentos la sensación de afecto. Cuando las frustraciones sociales los afectan, como por ejemplo, el no conseguir un trabajo por falta de agilidad, salud o buena presentación y se refugian de manera equivocada en la ingestión de alimentos. Cuando estas personas se encuentran bajo situaciones de angustia o depresión, aumentan el consumo de glucosa.

En el caso de los niños obesos, éstos consiguen mayor atención de los demás y es de esta forma como más tarde se convertirán en adultos obesos, como un intento de parecer ante

los demás como una persona grande, fuerte y fornida.

Es por ésto que el perder peso es tan difícil, pues es un hecho que el sentir hambre es una sensación que incomoda a la persona y también significa para el sujeto la pérdida del amor, de ese amor del recién nacido cuando su madre lo "alivia" del malestar que le causa el sentir hambre. Otro punto que hace tan difícil la pérdida de peso es el que la persona obesa tiene un concepto físico establecido, el cual le da la apariencia de fuerza y grandeza, a lo cual tendría que "resignarse" para poder lograr perder peso. (65)

Glucksman (1968), junto con sus colaboradores, realizaron una investigación con sujetos obesos, con una duración de quince semanas. Se internó a los sujetos en un hospital y se les destinó una dieta de 600 calorías al día. Observaron los cambios sufridos por los sujetos y encontraron importantes trastornos en las áreas: Perceptual, sexual, de alimentación y afectivos. En relación directa a la pérdida de peso, encontraron síntomas de depresión y angustia, en cambio en las conductas de agresión y hostilidad se presentaron cuando se privó de calorías a los sujetos. En cuanto a las alteraciones perceptuales, fueron expresadas por medio de la preocupación por el cambio en el tamaño corporal. Se aplicaron pruebas de la figura humana en donde los dibujos muestra-

ban amplias áreas físicas, cinturas muy anchas y figuras muy grandes. A pesar de que al final del estudio estas personas ya no eran obesas, manifestaron que a pesar de haber bajado de peso, aún se sentían obesas. Manifestaron fantasías y - sueños de contenido de alimentos y comida. Por último, observaron un incremento en el interés por relacionarse con - las demás personas. (66)

- ANOREXIA NERVIOSA.

Esta alteración consiste en que el sujeto sufre de pérdida - del apetito, ya sea de manera temporal o en casos crónicos.- Como síntoma esencial está el deseo imperante de adelgazar, así como una gran aversión a la obesidad. Estas personas, - sufren de asco hacia la comida, además de la pérdida del ape- tito.

Bruch (1971), afirma que la mayoría de las personas que su- fren de este padecimiento, tienen en común su necesidad de - mantenerse en un peso bajo, a pesar de que en ocasiones in- gieran grandes cantidades de comida, lo cual les causa senti- mientos de culpa, dando por resultado largos períodos de abs- tinencia alimenticia o en ocasiones, ellos mismos se provo--

Kolb afirma que el ataque asmático es la respuesta condicionada ante un estímulo determinado, o sea, un reflejo condicionado ante un estímulo condicionado. (68)

Ajuriaguerra afirma que los niños que padecen de asma presentan características particulares tales como, una gran dependencia de los padres, estado tensional agudo, ansiedad y falta de confianza. (69)

T. Alcock señala que los niños asmáticos son muy sensibles - en el área de las relaciones humanas, una alteración importante de la relación objetal con debilidad de los mecanismos de defensa del YO, e inhibición intelectual. (70)

Los asmáticos son sujetos que han estado expuestos a un doble mensaje por parte de la figura materna que consiste en el rechazo abierto y la seducción maternal. Los sentimientos agresivos hacia la madre u objeto amado, alteran la relación de dependencia provocando el ataque asmático. (71)

Alexander observó que los pacientes asmáticos comparten ciertas características como el rechazo materno provocando en el niño sentimientos de inseguridad y aumento de la necesidad de acercarse y unirse más a su madre. En otros casos, la madre exige demasiado a su hijo, para que el niño logre su in-

dependencia a una edad temprana, consiguiendo como resultado mayor dependencia e inseguridad en su hijo. Alexander afirma que existe una estrecha relación entre el llanto infantil no expresado y el espasmo bronquial, pues el objetivo del llanto del niño es el de llamar la atención de la madre para lograr atención y consuelo, al sentirse frustrado por una madre rechazante. En un niño que por no haber sido socorrido no puede retener el llanto, éste es expresado más tarde de manera fisiológica, por medio del ataque asmático. El factor emocional central es la inhibición ante la necesidad de llanto. (72) Alexander opina que en base a que el conflicto central es la no resuelta excesiva dependencia hacia la madre, como manera defensiva, el sujeto desarrolla rasgos de la personalidad como: Compulsivos, histéricos, hipersensibilidad y agresividad, siendo lo más característico, su dependencia reprimida hacia la madre, manifestándose ésto en el deseo de ser protegido.

(73)

Kolb afirma en relación a estos pacientes que el ataque de asma es una representación simbólica de la protesta ante la amenaza de la separación de la madre, al mismo tiempo que el intento y deseo por reestablecer esta relación con la madre por medio del llanto; es por ésto que el ataque de asma puede ser considerado como el llanto o grito reprimido hacia la madre.

(74)

ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

El médico trata de diferenciar una alteración orgánica de -- etiología psíquica, y evaluar de manera efectiva la interrela -- ción de factores, tanto psíquicos como orgánicos, en los sín -- tomas reportados por el paciente.

Por medio de una evaluación a fondo, se podrá conocer la per -- sonalidad del sujeto y relacionar todos los elementos que -- éste nos pueda proporcionar, tales como su situación emocio -- nal y social, para relacionarlos con la personalidad, la en -- fermedad presentada, el órgano afectado, la manera en que -- está funcionando y el sistema al que pertenece.

La relación que se establece entre el paciente y el médico es -- comparable a la del hijo con el padre, pues el paciente acude -- con el médico en busca de una solución o cura para su dolor, -- enfermedad o malestar, y es el médico al que le corresponde -- el dar alivio al paciente. El diálogo y la comunicación con -- el paciente es muy importante para determinar si se trata de -- un paciente psicossomático. (75)

Otra de las formas para determinar si una enfermedad es psico -- somática, consiste en aclarar junto con el paciente si coinci -- de algún acontecimiento emocional que lo haya inquietado y la

manifestación del síntoma. Un punto importante es conocer - las experiencias de los primeros años de vida que hayan sido de mayor importancia para el paciente, relacionando ésto con la actitud que tiene ante las enfermedades. (76)

Los síntomas físicos pueden ser tan "claros", que en un principio podrán desorientar al médico, pues el paciente raras veces relaciona sus dolencias físicas con las psíquicas, además de que de ser así no lo reconocería tan fácilmente. De esta forma, en contadas ocasiones, reportan sufrir tensión, angustia, depresión o represión. Es por ésto que el médico deberá indagar específicamente si el paciente sufre alguno de estos estados emocionales. Existen padecimientos físicos que va a reportar el paciente y que el médico puede evaluar como probables de una enfermedad psicosomática, éstos son: Cefalea, - palpitaciones, anorexia y vómito.

La técnica de Dunbar consiste en conocer la historia del paciente y basarse en ella para realizar el diagnóstico determinado, si es un caso de enfermedad psicosomática.

Dentro de la historia del paciente los puntos a observar son:

10. Aspectos fisiológicos y emocionales del paciente durante el curso de la enfermedad.

- 2o. Las reacciones del paciente en distintas circunstancias y momentos de su vida.
- 3o. La capacidad de insight que tiene hacia sus reacciones, - pues sólo de esta forma se podrá obtener un cuadro general de la enfermedad.

Dunbar obtiene la información necesaria por medio de conversaciones informales, asociación libre y un cuestionario que consiste en llenar los datos concernientes a la historia médica y social del paciente. De esta manera el médico se forma una idea más clara y cercana de la personalidad del paciente, el cual a su vez, se dará cuenta de la relación que existe entre sus emociones y su padecimiento físico, además de descargar - sus emociones sacándolas por medio de la conversación y el cuestionario con el médico. (77)

Murray dice que el médico deberá tener un conocimiento global del paciente, no sólo de anatomía, fisiología y patología, - sino que además deberá tener conocimientos de psicodinámica - para poder hacer el diagnóstico psicosomático acertado.

Para el tratamiento de los padecimientos psicosomáticos es básico tratar al paciente y no sólo a su enfermedad, ayudarle a comprender que su enfermedad se originó por elementos emocionales y que deberá aclarar cuáles son y si son alteraciones -

de su personalidad o angustia. (78)

Hay diversas técnicas psicoterapéuticas para el tratamiento de los pacientes psicósomáticos. En ellos el objetivo principal es enseñar al paciente a controlar sus emociones, hábitos y comportamiento patológico. Entre otras se pueden mencionar: La hipnosis, la psicoterapia de apoyo, terapia de descondicionamiento y el bio-feedback. La hipnosis tiene como objeto el obtener y facilitar la expresión de vivencias inconscientes, lo que hace posible recopilar el material asociado con los síntomas. Posteriormente el paciente y el médico podrán discutirlos de manera consciente. La hipnosis tiene como fin revivir los estados emocionales que hayan sido traumáticos y se asocien con la aparición de los síntomas. (79)

El bio-feedback consiste en el entrenamiento para modificar dentro del área biológica, acontecimientos o funciones viscerales fisiológicas, que por lo general son involuntarios, automáticos e inconscientes. Complementariamente se utiliza un aparato electrónico para medir parámetros psicofisiológicos de manera precisa, lo que implica:

1. Controlar continuamente la respuesta fisiológica que se desea modificar.
2. Se le da al paciente de manera inmediata, una señal del

cambio de la respuesta.

3. Proporcionar la motivación suficiente para lograr cambiar la respuesta.

Es de esta manera como se modifican las expresiones de tensión muscular, ritmo cardíaco, salivación, temperatura de la piel (lo que indica el estado del sistema vascular); la tensión arterial y la resistencia eléctrica cutánea, lo que indica el grado de ansiedad del sujeto.

Por medio del ensayo-error, el paciente desarrolla una estrategia del control del feedback y da la respuesta fisiológica. Asocia determinadas emociones o pensamientos con un cambio del feedback. Esta técnica aún se encuentra en experimentación, sin embargo, en algunos casos ha dado buenos resultados.

(80)

La terapia de descondicionamiento pretende dar explicación a los aspectos de la génesis de las alteraciones psicósomáticas. Esta técnica desensibiliza al sujeto del estímulo condicionado que causa los síntomas físicos. (81)

La psicoterapia de apoyo puede ser conductual o dinámica, en las cuales se utiliza una conducción amistosa, firme y cálida. El trabajo del terapeuta consiste en infundir sentimientos de

seguridad y confianza al paciente, y que éste se sienta aceptado, menos solo, menos angustiado. Se recomienda esta técnica para los episodios agudos de la enfermedad y cuando el paciente se encuentre menos angustiado y los síntomas hayan disminuido, se aconseja reafirmar con una psicoterapia más profunda.

El síntoma es la manifestación de un conflicto psíquico profundo, y si no se trata terapéuticamente, es probable que el síntoma reaparezca de la misma forma o de manera diferente. La función de la terapia es que el paciente con la ayuda del terapeuta, logre un mayor conocimiento de sí mismo, volviendo conscientes sus conflictos inconscientes, lo que dará por resultado la mejoría de los síntomas, por modificaciones en la estructura psíquica del paciente.

El objetivo de la psicoterapia es que el paciente se dé cuenta de que sus padecimientos tienen orígenes psíquicos y de experiencias pasadas. El terapeuta deberá fomentar la capacidad de insight del paciente para que éste maneje sus problemas psicológicos. Aumentará también la autoestima, autoaceptación, así como liberar tensiones como la hostilidad, la culpa y la ansiedad. El lograr alcanzar metas positivas es otra de las funciones de la psicoterapia.

La función de la psicoterapia profunda es lograr un cambio en la personalidad del enfermo. Esto debe ser de forma integral y no sólo a nivel de los síntomas. La personalidad es una - unidad que se desarrolla como un todo y en el caso de que - exista una mejora aislada de un aspecto, no puede considerarse se como una superación real. (p?)

Fowlkes definió la psicoterapia de grupo como una técnica interpretativa, sin limitación de tiempo en cuanto a la duración del tratamiento, basada en el psicoanálisis, donde se reúnen un grupo de personas y un terapeuta.

Los elementos principales de la psicoterapia de grupo son:

1. Se considera al grupo como una totalidad.
2. Cada elemento del grupo funciona como una parte de la totalidad.
3. La función principal del terapeuta es la de dar interpretación a los elementos inconscientes de la conducta del grupo.
4. Tener en cuenta la dinámica, roles, sistema y estructura del grupo, así como su interacción.
5. Se trabaja sobre la relación de varios integrantes, de cada uno de ellos, de los miembros entre sí, de la totalidad del grupo y del terapeuta.

La psicoterapia de grupo puede utilizarse como único recurso terapéutico o en combinación con psicoterapia individual, en pacientes internados o externos y se ha visto que no existen contraindicaciones.

Para integrar un grupo para terapia grupal, se toma en consideración lo siguiente:

- a) Sexo del paciente.
- b) Edad del paciente.
- c) Diagnóstico o tipo de problema del paciente. (83)

ASPECTOS METODOLOGICOS.

OBJETIVO:

Obtener información sobre los niveles de hipocondriasis que -  
presentan los pacientes con enfermedades de tipo psicossomáti-  
co, a fin de establecer diferencias entre éstos y aquéllos, -  
considerados no psicossomáticos. De tal manera que permitan -  
obtener un elemento más para el diagnóstico diferencial, y -  
plantear alternativas de tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Existen diferencias en el nivel de hipocondriasis que presen-  
tan los pacientes diagnosticados como psicossomáticos y aque-  
llos que son considerados no psicossomáticos, que asisten a la  
consulta externa de una Institución de Salud.

HIPOTESIS:

1. Hipótesis Alterna (Ha1): Los niveles de hipocondriasis en  
tre los pacientes psicossomáticos y los no psicossomáticos  
serán significativamente diferentes.

2. Hipótesis Alternativa (Ha2): Los niveles de hipocondriasis - serán significativamente más altos en los pacientes psico somáticos que en los no psicossomáticos.

HIPOTESIS ESTADISTICAS.

$$Ha1 \bar{x}_1 \neq \bar{x}_2$$

$$Ha2 \bar{x}_1 > \bar{x}_2$$

DEFINICION DE VARIABLES:

. INDEPENDIENTE.

La variable independiente será el tipo de paciente que acude a la clínica, que en este estudio serán definidos como:

- Paciente Psicossomático; es aquel sujeto que sufre de alteraciones de etiología psíquica, sin que por esto se consideren sus síntomas como irreales.
- Paciente Fisiológico (No-Psicossomático); es aquel sujeto que sufre de alteraciones físicas de etiología orgánica, sin que el elemento psíquico influya directamente en la

presentación de dichas alteraciones.

Dentro de los pacientes psicósomáticos se consideran tres tipos de enfermedades, a saber en este estudio:

1. Asma.- Alteración respiratoria que provoca falta de oxígeno, accesos intensos de tos, sensación de polvo en la garganta y ahogo.
2. Obesidad.- Exceso de peso, al grado de que la persona - sufre cambios en su organismo y en su vida, los cuales - no le permiten llevar una vida sana, debido a que su peso no le permite un desempeño físico normal y le provoca trastornos respiratorios y cardíacos entre otros.
3. Anorexia.- Se caracteriza por una ausencia de apetito y repulsión ante la comida, con una consecuente pérdida de peso excesiva y llegando a poner en peligro la vida del paciente.

DEPENDIENTE:

Para este estudio será considerado como variable dependiente, el nivel de Hipocondriasis, el cual estará representado por - las calificaciones obtenidas por los sujetos en la escala de Hipocondria del test Inventario Multifacético de la Personalidad, de Minnesota.

METODOLOGIA:DISEÑO DE INVESTIGACION:

Se trata de un estudio de campo de tipo exposfacto, dado que no se manipulan variables y de tipo transversal, ya que sólo se realizó una medición a través del tiempo.

Por su diseño el estudio queda incluido dentro de aquellos de tipo factorial de 4 (asmáticos, obesos, anoréxicos y normales) por 2 (hipocondriacos y no hipocondriacos).

	ASMA	ANOREXIA	OBESIDAD	NORMALES
Hipocondriacos	SI			
	NO			

para evaluar los niveles de Hipocondriasis de los sujetos se utilizó el Inventario Multifacético de la Personalidad, de Minesota, el cual consta de 566 preguntas cerradas. Está integrado por 13 escalas, 4 de validez y 9 clínicas.

Para su calificación, una vez obtenida la hoja de respuestas, se marcan las preguntas que se dejaron en blanco y aquellas - que fueron calificadas con cierto y falso a la vez.

Se inicia contabilizando las respuestas para las escalas de - validez y después las clínicas, los puntajes se vacían en una hoja de perfil.

La investigación del Inventario data de 1939, ha sido valida- do para la población norteamericana. Existen sin embargo nume- rosas traducciones del cuestionario, pero la validez o norma- lización no ha sido hecha en los diferentes países. Aún no - existe suficiente información transcultural sobre la confiabi- lidad o validez de las escalas originales; los informes preli- minares de algunos países indican que sí existe alguna vali- dez transcultural en las escalas traducidas, pues parece ser que la información que proveen es útil en la clínica.

El Inventario Multifacético de la Personalidad fue traducido por el Centro de Orientación de la Universidad de Puerto Rico

y adaptado para América Latina por el doctor Rafael Núñez.

#### PROCEDIMIENTO:

para integrar la muestra de estudio se acudió a una institución Hospitalaria, en la cual se pidió autorización para aplicar a los pacientes de consulta externa, una prueba psicossomática, con el fin de evaluar sus niveles de hipocondriasis, de acuerdo con el tipo de padecimiento por el cual acudían a consulta.

Primeramente fueron clasificados por el tipo de enfermedad y se les invitó a formar parte del estudio; para lo cual debían responder una prueba psicométrica.

A cada sujeto se le aplicó el Inventario Multifacético de Personalidad. Después de agrupar las pruebas según el grupo al cual pertenecían, fueron calificadas, con el objeto de proceder al análisis estadístico.

#### MUESTRA:

La muestra estuvo constituida por 120 sujetos de ambos sexos, cuyas edades oscilaron entre los 25 y 50 años de edad, con un nivel socioeconómico medio.

La selección de los sujetos se realizó a través del método no probabilístico de tipo intensional. Dicha selección se realizó en una clínica, en el área de consulta externa.

Los sujetos fueron clasificados en cuatro grupos según el tipo de enfermedad que presentaban; clasificados como psicósomáticos aquellos cuya enfermedad era: Asma, anorexia y obesidad, se integró un cuarto grupo con personas que aunque acudían a consulta externa no presentaban ninguna de esas enfermedades.

La muestra definitiva estuvo formada por 30 sujetos diagnosticados como asmáticos, 30 obesos, 30 anoréxicos y 30 con otro tipo de diagnóstico; estos últimos en este estudio serán considerados como grupo central y serán denominados grupo normal.

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

se decidió utilizar un análisis de varianza para evaluar si existían diferencias significativas entre los sujetos con padecimientos de tipo psicósomático y los normales, dado que el nivel de medición es intercalar, y permite un análisis comparativo múltiple entre los grupos. De esta manera se espera comparar no sólo los grupos psicósomáticos con el de normales, sino también entre ellos mismos.

RESULTADOS.

El cuadro No. 1 presenta la distribución de los puntajes del nivel de Hipocondriasis, obtenidos por el total de la población estudiada.

Como se observa, la media (28.008) es elevada, ya que rebasa el rango percentil de 70%, lo que la hace significativamente alta. Igualmente la desviación estándar de 11.138, nos habla de una variabilidad elevada, al igual que el rango de 40.

Es importante destacar que al considerarse en su conjunto al total de la muestra, un poco más del 50% obtienen puntajes por encima del percentil 70 en la escala del instrumento utilizado, por lo que en general debe considerarse que muestran un nivel de Hipocondriasis elevado.

Al considerar la distribución de los puntajes del nivel de Hipocondriasis por cada grupo, se observa (cuadro No. 2) que los sujetos del grupo normal obtienen una media de 20.77 y una desviación estándar de 7.07, en un rango de variación de 9 a 35, lo que nos habla de un grupo homogéneo, que se agrupa alrededor del percentil 55. Únicamente el 14% del grupo obtiene puntajes significativamente altos (superior al percentil 70).

En el caso de los sujetos diagnosticados como Anoréxicos, la media alcanza un puntaje bruto de 29.43, equivalente a un percentil superior al 72%; con una desviación estándar de 12.12, en un rango de variación de 8 a 48.

El 60% del grupo obtiene puntajes, cuyo percentil es superior al 70, ésto indica que el nivel de hipocondriasis en general es bastante elevado. (Cuadro No. 3)

Por lo que respecta al grupo de Asmáticos (cuadro No. 4), la media obtenida (30) equivale a un rango percentil de 75%, con una desviación estándar de 10.54 en un rango de 38.

En este grupo el 60% obtuvo calificaciones igual o superior al percentil 75, mostrando un nivel de hipocondriasis superior incluso al grupo de Anoréxicos.

Por último, el grupo de los Obesos (Cuadro No. 5), obtiene una media de 31.83, la más elevada de todas y que equivale al percentil 77 en la escala del instrumento utilizado, la desviación estándar fue de 11.20 en un rango de 39.

En este grupo fue donde se presentó el mayor nivel de hipocondriasis, ya que alrededor del 70% de los sujetos obtuvieron puntajes equivalentes al percentil 75 o superior a éste.

Como se observa en el cuadro No. 6, los puntajes promedio obtenidos por los grupos de pacientes psicossomáticos, son superiores a los del grupo normal y se encuentran alrededor del percentil 75 en el perfil del Instrumento aplicado.

Asimismo se observa que el valor de la desviación estándar es mayor en estos grupos (entre 10 y 12) que en el de los sujetos normales (7).

La distribución de medias y desviación estándar fue la siguiente:

Grupo	No. Sujetos	Media	Desviación	Rango
1	30	29.43	12.12	8-48
2	30	31.83	11.20	8-47
3	30	30.00	10.54	9-47
4	30	20.77	7.07	9-35
Total	120	28.01	11.14	8-48

A continuación se presenta un resumen del Análisis de Varianza:

Fuente de Variación	Grados de Libertad	Suma de Cuadrados	de Cuadrados Medios	F	Probabilidad de F
Entre Grupos	3	2192.09	730.697	6.743	.0003
Dentro de los Grupos	116	12570.90	108.369		
Total	119	14762.99			

Con el fin de precisar entre qué grupos existían diferencias significativas, se realizó el procedimiento de Tukey para un nivel de significancia del .05, obteniéndose los siguientes resultados.:

Media	Grupo	Grupos			
		4	1	2	3
20.77	4				
29.43	1	*			
30.00	3	*			
31.83	2	*			

\* Indica los grupos entre los que existe una diferencia estadísticamente significativa a un nivel de .05.

DISTRIBUCION DEL NIVEL DE FOSFODIÁXISIS POR TIPO DE PASECIMIENTO

ANOS, ICOS	DEBROS	SEMATICOS	NORMAL
19	20	21	22
21	22	23	24
22	23	24	25
23	24	25	26
24	25	26	27
25	26	27	28
26	27	28	29
27	28	29	30
28	29	30	31
29	30	31	32
30	31	32	33
31	32	33	34
32	33	34	35
33	34	35	36
34	35	36	37
35	36	37	38
36	37	38	39
37	38	39	40
38	39	40	41
39	40	41	42
40	41	42	43
41	42	43	44
42	43	44	45
43	44	45	46
44	45	46	47
45	46	47	48
46	47	48	49
47	48	49	50
48	49	50	51
49	50	51	52
50	51	52	53
51	52	53	54
52	53	54	55
53	54	55	56
54	55	56	57
55	56	57	58
56	57	58	59
57	58	59	60
58	59	60	61
59	60	61	62
60	61	62	63
61	62	63	64
62	63	64	65
63	64	65	66
64	65	66	67
65	66	67	68
66	67	68	69
67	68	69	70
68	69	70	71
69	70	71	72
70	71	72	73
71	72	73	74
72	73	74	75
73	74	75	76
74	75	76	77
75	76	77	78
76	77	78	79
77	78	79	80
78	79	80	81
79	80	81	82
80	81	82	83
81	82	83	84
82	83	84	85
83	84	85	86
84	85	86	87
85	86	87	88
86	87	88	89
87	88	89	90
88	89	90	91
89	90	91	92
90	91	92	93
91	92	93	94
92	93	94	95
93	94	95	96
94	95	96	97
95	96	97	98
96	97	98	99
97	98	99	100
98	99	100	101
99	100	101	102
100	101	102	103
101	102	103	104
102	103	104	105
103	104	105	106
104	105	106	107
105	106	107	108
106	107	108	109
107	108	109	110
108	109	110	111
109	110	111	112
110	111	112	113
111	112	113	114
112	113	114	115
113	114	115	116
114	115	116	117
115	116	117	118
116	117	118	119
117	118	119	120
118	119	120	121
119	120	121	122
120	121	122	123
121	122	123	124
122	123	124	125
123	124	125	126
124	125	126	127
125	126	127	128
126	127	128	129
127	128	129	130
128	129	130	131
129	130	131	132
130	131	132	133
131	132	133	134
132	133	134	135
133	134	135	136
134	135	136	137
135	136	137	138
136	137	138	139
137	138	139	140
138	139	140	141
139	140	141	142
140	141	142	143
141	142	143	144
142	143	144	145
143	144	145	146
144	145	146	147
145	146	147	148
146	147	148	149
147	148	149	150
148	149	150	151
149	150	151	152
150	151	152	153
151	152	153	154
152	153	154	155
153	154	155	156
154	155	156	157
155	156	157	158
156	157	158	159
157	158	159	160
158	159	160	161
159	160	161	162
160	161	162	163
161	162	163	164
162	163	164	165
163	164	165	166
164	165	166	167
165	166	167	168
166	167	168	169
167	168	169	170
168	169	170	171
169	170	171	172
170	171	172	173
171	172	173	174
172	173	174	175
173	174	175	176
174	175	176	177
175	176	177	178
176	177	178	179
177	178	179	180
178	179	180	181
179	180	181	182
180	181	182	183
181	182	183	184
182	183	184	185
183	184	185	186
184	185	186	187
185	186	187	188
186	187	188	189
187	188	189	190
188	189	190	191
189	190	191	192
190	191	192	193
191	192	193	194
192	193	194	195
193	194	195	196
194	195	196	197
195	196	197	198
196	197	198	199
197	198	199	200
198	199	200	201
199	200	201	202
200	201	202	203
201	202	203	204
202	203	204	205
203	204	205	206
204	205	206	207
205	206	207	208
206	207	208	209
207	208	209	210
208	209	210	211
209	210	211	212
210	211	212	213
211	212	213	214
212	213	214	215
213	214	215	216
214	215	216	217
215	216	217	218
216	217	218	219
217	218	219	220
218	219	220	221
219	220	221	222
220	221	222	223
221	222	223	224
222	223	224	225
223	224	225	226
224	225	226	227
225	226	227	228
226	227	228	229
227	228	229	230
228	229	230	231
229	230	231	232
230	231	232	233
231	232	233	234
232	233	234	235
233	234	235	236
234	235	236	237
235	236	237	238
236	237	238	239
237	238	239	240
238	239	240	241
239	240	241	242
240	241	242	243
241	242	243	244
242	243	244	245
243	244	245	246
244	245	246	247
245	246	247	248
246	247	248	249
247	248	249	250
248	249	250	251
249	250	251	252
250	251	252	253
251	252	253	254
252	253	254	255
253	254	255	256
254	255	256	257
255	256	257	258
256	257	258	259
257	258	259	260
258	259	260	261
259	260	261	262
260	261	262	263
261	262	263	264
262	263	264	265
263	264	265	266
264	265	266	267
265	266	267	268
266	267	268	269
267	268	269	270
268	269	270	271
269	270	271	272
270	271	272	273
271	272	273	274
272	273	274	275
273	274	275	276
274	275	276	277
275	276	277	278
276	277	278	279
277	278	279	280
278	279	280	281
279	280	281	282
280	281	282	283
281	282	283	284
282	283	284	285
283	284	285	286
284	285	286	287
285	286	287	288
286	287	288	289
287	288	289	290
288	289	290	291
289	290	291	292
290	291	292	293
291	292	293	294
292	293	294	295
293	294	295	296
294	295	296	297
295	296	297	298
296	297	298	299
297	298	299	300
298	299	300	301
299	300	301	302
300	301	302	303
301	302	303	304
302	303	304	305
303	304	305	306
304	305	306	307
305	306	307	308
306	307	308	309
307	308	309	310
308	309	310	311
309	310	311	312
310	311	312	

TABLE NO. 1

DISTRIBUCION DEL NIVEL DE HIPOCONDRIASIS

CLASE	PUNTAJE	FRECUENCIA	% ACUM.
CLASE I	1-10	10	10.0
CLASE II	11-20	20	30.0
CLASE III	21-30	30	60.0
CLASE IV	31-40	40	90.0
CLASE V	41-50	10	100.0
TOTAL		100	100
Media		20.7	
Desv. Est.		5.0	
Coef. de Var.		0.24	
Skewness		0.12	
Kurtosis		0.05	

DISTRIBUCION DEL NIVEL DE INFLACION

GRUPO	PUNTAJE	FRECUENCIA	%	CUMULADO
0	5	1	1.0	1.0
1	6	1	1.0	2.0
2	7	1	1.0	3.0
3	8	1	1.0	4.0
4	9	1	1.0	5.0
5	10	1	1.0	6.0
6	11	1	1.0	7.0
7	12	1	1.0	8.0
8	13	1	1.0	9.0
9	14	1	1.0	10.0
10	15	1	1.0	11.0
11	16	1	1.0	12.0
12	17	1	1.0	13.0
13	18	1	1.0	14.0
14	19	1	1.0	15.0
15	20	1	1.0	16.0
16	21	1	1.0	17.0
17	22	1	1.0	18.0
18	23	1	1.0	19.0
19	24	1	1.0	20.0
20	25	1	1.0	21.0
21	26	1	1.0	22.0
22	27	1	1.0	23.0
23	28	1	1.0	24.0
24	29	1	1.0	25.0
25	30	1	1.0	26.0
26	31	1	1.0	27.0
27	32	1	1.0	28.0
28	33	1	1.0	29.0
29	34	1	1.0	30.0
30	35	1	1.0	31.0
31	36	1	1.0	32.0
32	37	1	1.0	33.0
33	38	1	1.0	34.0
34	39	1	1.0	35.0
35	40	1	1.0	36.0
36	41	1	1.0	37.0
37	42	1	1.0	38.0
38	43	1	1.0	39.0
39	44	1	1.0	40.0
40	45	1	1.0	41.0
41	46	1	1.0	42.0
42	47	1	1.0	43.0
43	48	1	1.0	44.0
44	49	1	1.0	45.0
45	50	1	1.0	46.0
46	51	1	1.0	47.0
47	52	1	1.0	48.0
48	53	1	1.0	49.0
49	54	1	1.0	50.0
50	55	1	1.0	51.0
51	56	1	1.0	52.0
52	57	1	1.0	53.0
53	58	1	1.0	54.0
54	59	1	1.0	55.0
55	60	1	1.0	56.0
56	61	1	1.0	57.0
57	62	1	1.0	58.0
58	63	1	1.0	59.0
59	64	1	1.0	60.0
60	65	1	1.0	61.0
61	66	1	1.0	62.0
62	67	1	1.0	63.0
63	68	1	1.0	64.0
64	69	1	1.0	65.0
65	70	1	1.0	66.0
66	71	1	1.0	67.0
67	72	1	1.0	68.0
68	73	1	1.0	69.0
69	74	1	1.0	70.0
70	75	1	1.0	71.0
71	76	1	1.0	72.0
72	77	1	1.0	73.0
73	78	1	1.0	74.0
74	79	1	1.0	75.0
75	80	1	1.0	76.0
76	81	1	1.0	77.0
77	82	1	1.0	78.0
78	83	1	1.0	79.0
79	84	1	1.0	80.0
80	85	1	1.0	81.0
81	86	1	1.0	82.0
82	87	1	1.0	83.0
83	88	1	1.0	84.0
84	89	1	1.0	85.0
85	90	1	1.0	86.0
86	91	1	1.0	87.0
87	92	1	1.0	88.0
88	93	1	1.0	89.0
89	94	1	1.0	90.0
90	95	1	1.0	91.0
91	96	1	1.0	92.0
92	97	1	1.0	93.0
93	98	1	1.0	94.0
94	99	1	1.0	95.0
95	100	1	1.0	96.0
96	101	1	1.0	97.0
97	102	1	1.0	98.0
98	103	1	1.0	99.0
99	104	1	1.0	100.0

Media 50.00  
 Mod. 50.00  
 Des. 10.00  
 Var. 10.00  
 S.E. 1.00



CUADRO No. 3

## DISTRIBUCION DEL NIVEL DE HIPOCONERIAS

GRUPO	PUNTAJE	FRECUENCIA	N	ACUM.
10 PESOS	37	1	100.0	100.0
	38	1	100.0	99.0
	39	1	100.0	98.0
	40	1	100.0	97.0
	41	1	100.0	96.0
	42	1	100.0	95.0
	43	1	100.0	94.0
	44	1	100.0	93.0
	45	1	100.0	92.0
	46	1	100.0	91.0
	47	1	100.0	90.0
	48	1	100.0	89.0
	49	1	100.0	88.0
	50	1	100.0	87.0
	51	1	100.0	86.0
	52	1	100.0	85.0
	53	1	100.0	84.0
	54	1	100.0	83.0
	55	1	100.0	82.0
	56	1	100.0	81.0
	57	1	100.0	80.0
	58	1	100.0	79.0
	59	1	100.0	78.0
	60	1	100.0	77.0
	61	1	100.0	76.0
	62	1	100.0	75.0
	63	1	100.0	74.0
	64	1	100.0	73.0
	65	1	100.0	72.0
	66	1	100.0	71.0
	67	1	100.0	70.0
	68	1	100.0	69.0
	69	1	100.0	68.0
	70	1	100.0	67.0
	71	1	100.0	66.0
	72	1	100.0	65.0
	73	1	100.0	64.0
	74	1	100.0	63.0
	75	1	100.0	62.0
	76	1	100.0	61.0
	77	1	100.0	60.0
	78	1	100.0	59.0
	79	1	100.0	58.0
	80	1	100.0	57.0
	81	1	100.0	56.0
	82	1	100.0	55.0
	83	1	100.0	54.0
	84	1	100.0	53.0
	85	1	100.0	52.0
	86	1	100.0	51.0
	87	1	100.0	50.0
	88	1	100.0	49.0
	89	1	100.0	48.0
	90	1	100.0	47.0
	91	1	100.0	46.0
	92	1	100.0	45.0
	93	1	100.0	44.0
	94	1	100.0	43.0
	95	1	100.0	42.0
	96	1	100.0	41.0
	97	1	100.0	40.0
	98	1	100.0	39.0
	99	1	100.0	38.0
	100	1	100.0	37.0
	101	1	100.0	36.0
	102	1	100.0	35.0
	103	1	100.0	34.0
	104	1	100.0	33.0
	105	1	100.0	32.0
	106	1	100.0	31.0
	107	1	100.0	30.0
	108	1	100.0	29.0
	109	1	100.0	28.0
	110	1	100.0	27.0
	111	1	100.0	26.0
	112	1	100.0	25.0
	113	1	100.0	24.0
	114	1	100.0	23.0
	115	1	100.0	22.0
	116	1	100.0	21.0
	117	1	100.0	20.0
	118	1	100.0	19.0
	119	1	100.0	18.0
	120	1	100.0	17.0
	121	1	100.0	16.0
	122	1	100.0	15.0
	123	1	100.0	14.0
	124	1	100.0	13.0
	125	1	100.0	12.0
	126	1	100.0	11.0
	127	1	100.0	10.0
	128	1	100.0	9.0
	129	1	100.0	8.0
	130	1	100.0	7.0
	131	1	100.0	6.0
	132	1	100.0	5.0
	133	1	100.0	4.0
	134	1	100.0	3.0
	135	1	100.0	2.0
	136	1	100.0	1.0
	137	1	100.0	0.0
	138	1	100.0	0.0
	139	1	100.0	0.0
	140	1	100.0	0.0
	141	1	100.0	0.0
	142	1	100.0	0.0
	143	1	100.0	0.0
	144	1	100.0	0.0
	145	1	100.0	0.0
	146	1	100.0	0.0
	147	1	100.0	0.0
	148	1	100.0	0.0
	149	1	100.0	0.0
	150	1	100.0	0.0
	151	1	100.0	0.0
	152	1	100.0	0.0
	153	1	100.0	0.0
	154	1	100.0	0.0
	155	1	100.0	0.0
	156	1	100.0	0.0
	157	1	100.0	0.0
	158	1	100.0	0.0
	159	1	100.0	0.0
	160	1	100.0	0.0
	161	1	100.0	0.0
	162	1	100.0	0.0
	163	1	100.0	0.0
	164	1	100.0	0.0
	165	1	100.0	0.0
	166	1	100.0	0.0
	167	1	100.0	0.0
	168	1	100.0	0.0
	169	1	100.0	0.0
	170	1	100.0	0.0
	171	1	100.0	0.0
	172	1	100.0	0.0
	173	1	100.0	0.0
	174	1	100.0	0.0
	175	1	100.0	0.0
	176	1	100.0	0.0
	177	1	100.0	0.0
	178	1	100.0	0.0
	179	1	100.0	0.0
	180	1	100.0	0.0
	181	1	100.0	0.0
	182	1	100.0	0.0
	183	1	100.0	0.0
	184	1	100.0	0.0
	185	1	100.0	0.0
	186	1	100.0	0.0
	187	1	100.0	0.0
	188	1	100.0	0.0
	189	1	100.0	0.0
	190	1	100.0	0.0
	191	1	100.0	0.0
	192	1	100.0	0.0
	193	1	100.0	0.0
	194	1	100.0	0.0
	195	1	100.0	0.0
	196	1	100.0	0.0
	197	1	100.0	0.0
	198	1	100.0	0.0
	199	1	100.0	0.0
	200	1	100.0	0.0
	201	1	100.0	0.0
	202	1	100.0	0.0
	203	1	100.0	0.0
	204	1	100.0	0.0
	205	1	100.0	0.0
	206	1	100.0	0.0
	207	1	100.0	0.0
	208	1	100.0	0.0
	209	1	100.0	0.0
	210	1	100.0	0.0
	211	1	100.0	0.0
	212	1	100.0	0.0
	213	1	100.0	0.0
	214	1	100.0	0.0
	215	1	100.0	0.0
	216	1	100.0	0.0
	217	1	100.0	0.0
	218	1	100.0	0.0
	219	1	100.0	0.0
	220	1	100.0	0.0
	221	1	100.0	0.0
	222	1	100.0	0.0
	223	1	100.0	0.0
	224	1	100.0	0.0
	225	1	100.0	0.0
	226	1	100.0	0.0
	227	1	100.0	0.0
	228	1	100.0	0.0
	229	1	100.0	0.0
	230	1	100.0	0.0
	231	1	100.0	0.0
	232	1	100.0	0.0
	233	1	100.0	0.0
	234	1	100.0	0.0
	235	1	100.0	0.0
	236	1	100.0	0.0
	237	1	100.0	0.0
	238	1	100.0	0.0
	239	1	100.0	0.0
	240	1	100.0	0.0
	241	1	100.0	0.0
	242	1	100.0	0.0
	243	1	100.0	0.0
	244	1	100.0	0.0
	245	1	100.0	0.0
	246	1	100.0	0.0
	247	1	100.0	0.0
	248	1	100.0	0.0
	249	1	100.0	0.0
	250	1	100.0	0.0
	251	1	100.0	0.0
	252	1	100.0	0.0
	253	1	100.0	0.0
	254	1	100.0	0.0
	255	1	100.0	0.0
	256	1	100.0	0.0
	257	1	100.0	0.0
	258	1	100.0	0.0
	259	1	100.0	0.0
	260	1	100.0	0.0
	261	1	100.0	0.0
	262	1	100.0	0.0
	263	1	100.0	0.0
	264	1	100.0	0.0
	265	1	100.0	0.0
	266	1	100.0	0.0
	267	1	100.0	0.0
	268	1	100.0	0.0
	269	1	100.0	0.0
	270	1	100.0	0.0
	271	1	100.0	0.0
	272	1	100.0	0.0
	273	1	100.0	0.0
	274	1	100.0	0.0
	275	1	100.0	0.0
	276	1	100.0	0.0
	277	1	100.0	0.0
	278	1	100.0	0.0
	279	1	100.0	0.0
	280	1	100.0	0.0
	281	1	100.0	0.0
	282	1	100.0	0.0
	283	1	100.0	0.0
	284	1	100.0	0.0
	285	1	100.0	0.0
	286	1	100.0	0.0
	287	1	100.0	0.0
	288	1	100.0	0.0
	289	1	100.0	0.0</

## DISCUSION DE RESULTADOS.

Los antecedentes históricos señalan el interés de los pensadores antiguos, como Platón, por establecer una relación entre los aspectos de la mente y el cuerpo humano "el error presente extendido entre los hombres es el de querer emprender separadamente la curación del cuerpo y la del espíritu".

Los resultados obtenidos muestran que existen diferencias significativas entre los grupos estudiados, en los niveles de Hipocondriasis obtenidos a través del Inventario Multifacético de la Personalidad; siendo mayores entre los grupos de pacientes psicósomáticos que entre los normales.

Lo que nos habla de la presencia de un elemento psicológico - en las enfermedades de tipo psicósomático.

En general los grupos de Obesos, Anoréxicos y Asmáticos, presentan un perfil de personalidad, en la escala de Hipocondriasis, significativo, ya que se encuentran alrededor del percentil 75 de la escala, lo cual puede denotar la presencia del factor emocional como un elemento determinante, asociado a su padecimiento clínico.

Así mismo, este factor puede estar explicando el hecho de que,

la variabilidad observada entre las desviaciones estándar de dichos grupos, sea mayor que en los normales, dado que el comportamiento que muestran en la escala de la prueba de personalidad, presenta mayor inestabilidad en los puntajes de los grupos de pacientes psicósomáticos. Esto mismo puede ser observado al analizar los rangos de variación de los diferentes grupos.

El Análisis de Varianza permite observar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados, para un nivel de significancia superior al .01, dado que el coeficiente F alcanzó un valor de 6.743.

Por otro lado al aplicar el procedimiento de Tukey se observa que las diferencias encontradas están entre los grupos 1, 2 y 3, con respecto al grupo cuatro son significativas y van en el sentido de que los 3 primeros son mayores que el segundo.

Dichos resultados concuerdan con los planteamientos de teóricos como Pinel, Trousseau, Abraham y Ferwin, quienes respecto a la presencia de elementos psicológicos en las enfermedades gastrointestinales y de hábitos alimenticios.

por otro lado los planteamientos psicósomáticos de Freud que plantean el origen inconsciente de síntomas orgánicos, nos -

lleva a considerar que las diferencias encontradas entre los grupos psicossomáticos podrían tener explicación en las diferencias individuales. Así como a plantear el tipo de padecimiento relacionado con dichas diferencias de personalidad.

Al realizar un análisis de frecuencias y porcentajes entre los grupos psicossomáticos, se observa que existen diferencias entre ellos, aunque no resultan significativas estadísticamente. Sin embargo, se puede considerar que el nivel de Hipocondriasis es mayor entre los pacientes obesos en primer lugar, asmáticos en segundo y por último los anoréxicos.

Lo que nos lleva a considerar el planteamiento de Wolff, -- quien afirma que las variadas situaciones de stress son un peligro ante el cual el sujeto pone en marcha de manera inconsciente, reacciones físicas adaptativas, ofensivas, defensivas y protectoras.

De ahí tal vez las diferencias encontradas, las cuales podrían tener una relación estrecha con el tipo de personalidad del sujeto y la función que desempeña el síndrome.

Es importante considerar que no obstante los resultados obtenidos, éstos no pueden considerarse como definitivos, sino que se requiere continuar investigando sobre el tema, a fin --

de poder precisar el perfil que presentan los pacientes con padecimientos que incluyen en su etiología aspectos psicológicos.

Asimismo, dado que en el estudio, la muestra fue de 120 sujetos únicamente, sería recomendable ampliarla, con el fin de hacerla más representativa y de este modo poder llegar a resultados más profundos y generalizables.

Estos resultados llevan a considerar la necesidad e importancia de realizar investigaciones de este tipo, que permitan ahondar en el análisis de este tipo de pacientes psicósomáticos, a fin de determinar, con mayor precisión, los factores psicológicos que permitirán llevar a cabo diagnósticos diferenciales, que faciliten realizar el planteamiento de tratamientos adecuados al tipo de padecimiento.

## CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos a través de este estudio, muestran - claramente que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de hipocondriasis, medidos por la escala que para tal efecto, incluye el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota.

El análisis de varianza realizado nos permite concluir que se comprueban las hipótesis alternadas, que plantean que existen diferencias significativas en los niveles de hipocondriasis - entre pacientes psicósomáticos y no-psicósomáticos (Ha1); y - que los niveles son mayores entre los primeros que entre los segundos (Ha2), dado que se rechaza la hipótesis nula, para - un nivel de significancia superior al .01.

Lo antes mencionado nos lleva a confirmar la existencia de un factor psicológico como elemento etiológico, en los padeci--- mientos orgánicos estudiados; y corrobora los planteamientos teóricos de los autores revisados, en el sentido de que existe una relación directa entre los cambios fisiológicos y las alteraciones emocionales.

"Las alteraciones de tipo psicósomático visceral, pueden ser interpretadas en base a mecanismos de conversión simbólica, -

basándose en la interpretación de los síntomas que se presentan en el sujeto a lo largo del tratamiento". (24)

Aún cuando las diferencias observadas entre los grupos psicósomáticos, no son estadísticamente significativas, es importante tomar en cuenta que plantean una tendencia a considerar, que el factor de hipocondriasis se presenta en mayor grado en los pacientes con padecimiento de obesidad, en segundo lugar los asmáticos y por último en los anoréxicos.

Esta tendencia sugiere la necesidad de profundizar en el estudio de este tipo de pacientes, con el objeto de establecer los factores de etiología psicológica, que determinan el tipo de enfermedad, para así plantear alternativas de tratamiento.

Es importante precisar que este estudio, sólo nos permite concluir la presencia de elementos emocionales en los padecimientos de tipo psicósomático, pero no podemos determinar qué elementos pueden ser éstos.

Las diferencias encontradas entre los grupos con padecimientos psicósomáticos, hacen patente la necesidad de apoyar este tipo de investigaciones, con entrevistas de tipo clínico, para así obtener mayor información respecto a la historia del paciente, la elección del órgano y las características genera

les de personalidad. Lo cual facilitaría el diagnóstico y el planteamiento de alternativas de tratamiento.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

Una de las principales limitaciones de este trabajo fue el haber realizado un muestreo no probabilístico, ya que no permite generalizar resultados; así como el no poder contar con una muestra representativa.

Igualmente representa una limitación el espacio en el que se realizó el estudio (área de consulta externa de un hospital), pues no permite establecer un ambiente adecuado, que favorezca la estructuración de una metodología apropiada para la recolección de datos.

No obstante, este trabajo representa un avance en la detección de elementos que coadyuvan al establecimiento de diagnósticos diferenciales por lo que se sugiere continuar con el estudio de este tipo de padecimientos.

Habría que incrementar las variables estudiadas, considerando el nivel de vida del sujeto, nivel de ingresos, edad, escolaridad, sexo, en fin las variables demográficas, a fin de poder establecer diferencias entre los grupos.

Realizar análisis comparativos con el desarrollo de la personalidad del sujeto, a fin de detectar conflictos en las etapas

de desarrollo que pudieran estar asociados con el tipo de padecimiento.

Sería conveniente poder establecer un equipo interdisciplinar entre los médicos y el psicólogo, con el que se pudiera analizar la historia clínica del sujeto en forma conjunta y así poder tener una imagen global para realizar un análisis más fino.

Por último, es importante considerar que aún cuando se hayan probado las hipótesis planteadas, los resultados obtenidos son parciales, por lo que se sugiere ampliar este tipo de estudios con el fin de tener un panorama completo de los elementos de tipo psicológico que influyen en las enfermedades psicósomáticas. Para lo que se sugiere, evaluar el perfil completo que presenta el Inventario Multifacético de la Personalidad; así como apoyar la recolección de datos con la realización de historias clínicas de los sujetos.

- 1.- Mora, Ferratel. 1958. Diccionario Filosófico. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. (pp. 56-59)
- 2.- Mora, Ferratel. Ob. Cit.
- 3.- Mora, Ferratel. Ob. Cit.
- 4.- Mora, Ferratel. Ob. Cit.
- 5.- Sartre, Jean Paul. 1966. El ser y la nada. Editorial Lo sada. Buenos Aires. (p. 886)
- 6.- Haynal, A. 1984. Manual de Medicina Psicosomática. Editorial Masson. Barcelona. México. (pp. 11-28)
- 7.- Mora, Ferratel. Ob. Cit.
- 8.- Jolivet, Regis. 1969. Las Doctrinas Existencialistas. - Editorial Gaedos. Madrid. (p. 339)
- 9.- Fenichel, O. 1981. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Editorial Aguilar. México. (pp. 118-123)
- 10.- Fenichel, O. Ob. Cit.
- 11.- Haynal, A. Ob. Cit.
- 12.- Haynal, A. Ob. Cit.
- 13.- Haynal, A. Ob. Cit.
- 14.- Mora, Ferratel. Ob. Cit.
- 15.- Martín, W.O.W.J. 1978. Psychosomatic Medicine. Bney His tory. Vol. 19, No. 11. (pp. 697-700)
- 16.- Viar Bayo, J. 1974. Psicoógenesís de la Úlcera Duodenal. Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo. Vol. 42. (pp. 109-120)

- 17.- Luna Husillos, R. 1974. Medicina Psicosomática y Sistema Límbico. Vol. 42, No. 11. (pp. 679-700)
- 18.- Alexander, O. 1979. Psiquiatría Dinámica. Editorial Buenos Aires. (pp. 311-312)
- 19.- Beckei, Martha. 1974. Trastornos del Desarrollo Temprano como Condicionantes de la Enfermedad Psicosomática. Revista de psicoanalistas. Argentina, Buenos Aires. (p. 170)
- 20.- Viar Bayo, J. Ob. Cit.
- 21.- Cannon, W.B. 1920. Bodily Changes in Pain, Fear and Hate. Appleton, Co., Inc. New York. (p. 256)
- 22.- Haynal, A. Ob. Cit.
- 23.- Haynal, A. Ob. Cit.
- 24.- Beckei, Martha. Ob. Cit.
- 25.- Haynal, A. Ob. Cit.
- 26.- Zilboorg, G. 1950. Psychosomatic Medicine. Modern Abnormal Psychological Philosophical Library. (p. 720)
- 27.- Alexander, F. 1979. Psiquiatría Dinámica. Editorial Paidós. Buenos Aires. (pp. 309-314)
- 28.- Roy Corballo, Juan. 1979. Patología Psicosomática. Enciclopedia de Psiquiatría. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. (pp. 428-438)
- 29.- Díez Benavides, M. 1975. Proceso Psicosomático Terapéutico. Editorial Trillas. México. (p.
- 30.- Kolb Lawrence, C. 1977. Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial Prensa Médica Mexicana. (pp. 542-544)

- 31.- Alexander, F. Ob. Cit.
- 32.- Cameron, N. 1982. Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Editorial Trillas. México. (pp. 657-660)
- 33.- Freud, S. 1973. Obras Completas. Tomo 1. Sintomatología Clínica de la Neurosis de Angustia. Editorial Biblioteca Nueva. (pp. 184-195)
- 34.- Cameron, N. Ob. Cit.
- 35.- Freud, S. 1975. Obras Completas. Vol. XX. Editorial Amorrortu. México. (150-161)
- 36.- Cannon, W.B., Bodily Cannon, W.B. 1932. The Wisdom of the Body. W.W. Norton. S. Co., Inc. New York. (pp. 51-92)
- 37.- Freud, S. Ob. Cit.
- 38.- Cannon, W.B. Ob. Cit.
- 39.- Fulton, F. 1952. Fisiología del Sistema Nervioso. Editorial Atlante, S.A. México, D.F.
- 40.- Selye, H. 1964. La Tensión en la Vida. Editorial Buenos Aires. (pp. 57-139)
- 41.- Selye, H. Ob. Cit.
- 42.- Selye, H. Ob. Cit.
- 43.- Selye, H. Ob. Cit.
- 44.- López Antúnez. 1980. Sistema Nervioso. Editorial Limusa. México. (pp. 591-598)
- 45.- Weiss, Edward. 1949. Medicina Psicosomática. Editorial López Etchegoye, S.R.L. Buenos Aires, Argentina. (pp. 15-21)

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

.79

- 46.- Kolb, Lawrence. C. 1981. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México. (pp. 548-555)
- 47.- Freud, S. 1975. Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. (25 conferencias de Angustia). Tomo XVI. Obras Completas. Editorial Amorrortu. México. (pp. 357-374)
- 48.- Freud, S. Ob. Cit.
- 49.- Freud, S. Conferencias...Ob. Cit.
- 50.- Freud, S. Conferencias...Ob. Cit.
- 51.- Freud, S. Conferencias...Ob. Cit.
- 52.- Freud, S. Conferencias...Ob. Cit.
- 53.- Chevnir, M. 1978. Afectos Narcisistas del Paciente Psicosomático. Revista de Psicoanálisis 5/6. Editorial Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires. (pp. 1084--1090)
- 54.- Chevnir, M. Ob. Cit.
- 55.- Fenicehl, O. 1966. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Editorial Paidós. Argentina. (pp. 263-279)
- 56.- Fenicehl, O. Ob. Cit.
- 57.- Cameron, Norman. 1982. Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Editorial Trillas. México. (pp. 677-690)
- 58.- Fenichel, O. Ob. Cit.
- 59.- Cameron, Norman. Ob. Cit.
- 60.- Zax, Melvien. 1979. Psicopatología. Editorial Interamericana. México. (pp. 207-214)

- 61.- Kolb, Lawrence C. 1981. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana. México. (pp. 543-602)
- 62.- Ajuriaguerra, J. 1983. Manual de Psiquiatría Infantil. - Editorial Masson. Barcelona. (pp. 734-763)
- 63.- Alexander, F. 1979. Psiquiatría Dinámica. Editorial Paidós. Buenos Aires. (pp. 309-332)
- 64.- Wolf, G.Y. 1948. Headaches and other Headpains. Oxford - University, Press. New York. (pp. 290)
- 65.- Kolb, Lawrence C. Ob. Cit.
- 66.- Kolb, Lawrence C. Ob. Cit.
- 67.- Kolb, Lawrence C. Ob. Cit.
- 68.- Kolb, Lawrence C. Ob. Cit.
- 69.- Ajuriaguerra, J. Ob. Cit.
- 70.- Ajuriaguerra, J. Ob. Cit.
- 71.- Kolb, Lawrence C. Ob. Cit.
- 72.- Alexander F. 1950. Psychosomatic Medicine. W.W. Norton, - S. Co. Inc., New York.
- 73.- Alexander F. Ob. Cit.
- 74.- Kolb, Lawrence C. Ob. Cit.
- 75.- Haynal, A. 1984. Medicina Psicossomática. Editorial Masson Barcelona, España. (pp. 45-53)
- 76.- Ruesch, J. 1946. Cronic and Psychological Invalidism. - The American Society for Research in Psychosomatic Problems. New York.

- 77.- Dunbar, F. 1943. Psychosomatic Diagnosis. Paul B. Hocker, Inc. Medical Department. Hoper and Brother. New York. - (pp. 421)
- 78.- Murray, J.B. 1949. Some Common Psychosomatic Manifestations. Oxford University Press. London.
- 79.- Levene Maurice. 1979. Principios del Tratamiento Psiquiátrico, Psiquiatría Dinámica. Editorial Paidós. Buenos Aires. (pp. 257-304)
- 80.- Haynal, A. Ob. Cit.
- 81.- Haynal, A. Ob. Cit.
- 82.- Etchegoyen, H. 1979. Psicoterapia. Enciclopedia de Psiquiatría. Editorial El Ateneo México. México. (pp. 557-566)
- 83.- Rael S. Usandivaras. 1979. Enciclopedia de Psiquiatría. Editorial El Ateneo. México. (pp. 268-274)

A N E X O S

1.- INSTRUMENTO.

NO ABRA ESTE FOLLETO HASTA QUE SE LE INDIQUE

DR. S.R. HATHAWAY Y DR. J.C. MCKINLEY

## INVENTARIO MMPI-Español

Adaptación para América Latina por el  
Dr. Rafael NúñezBasado en la traducción del  
Personal Técnico del Centro de Orientación de la  
Universidad de Puerto Rico, A. Bernal, A. Colón,  
E. Fernández, A. Mena, A. Torres y E. Torres.Revisado por el  
Psic. Annando Velázquez H.

Este inventario consta de oraciones o proposiciones enumeradas. Lea cada una y decida si, en su caso, es cierta o falsa.

Usted debe marcar las respuestas en la hoja de contestaciones. Fíjese en el ejemplo que aparece al lado derecho. Si la oración es CIERTA o, más o menos CIERTA en su caso, rellene con lápiz el círculo en el renglón C (Cierto), vea el ejemplo 1. Si la oración es FALSA o, más o menos FALSA en su caso rellene el círculo en el renglón F (Falso), vea el ejemplo 2.

1	C	<input checked="" type="radio"/>
	F	<input type="radio"/>

2	C	<input type="radio"/>
	F	<input checked="" type="radio"/>

Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y use su propio criterio, No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Al marcar su respuesta en la hoja de contestaciones, asegúrese de que el número de la oración corresponde al número de la respuesta en la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo lo que quiera cambiar.

Recuerde, trate de dar una respuesta para cada una de las oraciones.

No marque este folleto.

AHORA ABRA SU FOLLETO Y EMPIECE



## NO HAGA MARCA ALGUNA EN ESTE FOLLETO

1. Me gustan las revistas de mecánica.
2. Tengo buen apetito.
3. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.
4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
5. El ruido me despierta fácilmente.
6. Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.
7. Por lo general mis manos y mis pies están suficientemente calientes.
8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
10. Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.
11. Una persona debiera tratar de comprender sus sueños, guárdselos por ellos o tenerlos en cuenta como avisos.
12. Me gustan los cuentos detectivescos o de misterio.
13. Trabajo bajo una tensión muy grande.
14. Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente.
15. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
16. Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.
17. Mi padre fue un buen hombre.
18. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
19. Cuando acepto un nuevo empleo me gusta que me indiquen a quién debo halagar.
20. Mi vida sexual es satisfactoria.
21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
22. A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.
23. Sufro de ataques de náusea y de vómito.
24. Nadie parece comprenderme.
25. Me gustaría ser cantante.
26. Creo que es mucho mejor quedarme callado cuando estoy en dificultades.
27. Los espíritus malos se poseionan de mí a veces.
28. Cuando alguien me hace un mal siento que debiera pagarle con la misma moneda, si es que puedo, como cuestión de principio.
29. Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana.
30. A veces siento deseos de maldecir.
31. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.
32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
33. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
34. Tengo los la mayor parte del tiempo.
35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
36. Raras veces me preocupo por mi salud.
37. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
38. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
39. A veces siento deseos de destruir cosas.
40. La mayor parte del tiempo preferiría soñar despierto antes que hacer cualquier otra cosa.
41. He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.

42. A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida).
43. Mi sueño es irregular e intranquilo.
44. La mayor parte del tiempo parece darme toda la cabeza.
45. No siempre digo la verdad.
46. Mi habilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora.
47. Una vez a la semana o más a menudo, me siento repentinamente caliente en todo el cuerpo, sin causa aparente.
48. Cuando estoy con gente me molesta el olor de cosas muy extrañas.
49. Sería mejor si casi todas las leyes fueran descartadas.
50. Mi alma a veces abandona mi cuerpo.
51. Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos.
52. Prefiero hacerme el desentendido con amigos de la escuela, o con personas conocidas a quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
53. Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted.
54. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
55. Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho.
56. Cuando muchacho(a) me suspendieron de la escuela una o más veces por hacer travесuras.
57. Soy una persona sociable.
58. Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron.
59. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.
60. No leo todos los editoriales del periódico diariamente.
61. No he vivido la vida con rectitud.
62. Con frecuencia siento como un ardor, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.
63. No he tenido dificultad en comenzar o detener el acto de defecación.
64. Algunas veces persisto en una cosa hasta que los otros pierden la paciencia conmigo.
65. Yo quise a mi padre.
66. Veo cosas, animales o gente a mi alrededor que otros no ven.
67. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
68. Muy raras veces siento dolor en la nuca.
69. Me siento fuertemente atraído por personas de mi propio sexo.
70. Me gustaba jugar a las prendas.
71. Creo que mucha gente exagera sus deslicias para que se conduzcan de ellos y les ayuden.
72. Sufro de malestares en la boca del estómago varias veces a la semana o con más frecuencia.
73. Soy una persona importante.
74. A menudo he deseado ser mujer. (O si Ud. es mujer) Nunca me ha pesado ser mujer.
75. Algunas veces me enoja.
76. La mayor parte del tiempo me siento triste.
77. Me gusta leer novelas de amor.
78. Me gusta la poesía.
79. Mis sentimientos no son heridos con facilidad.
80. De vez en cuando mortifico a los animales.
81. Creo que me gustaría trabajar como guardabosque.
82. Soy vencido fácilmente en una discusión.

83. Cualquier persona capacitada y dispuesta a trabajar fuerte tiene buenas posibilidades de obtener éxito.
84. En estos días me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.
85. Algunas veces me siento tan atraído por artículos personales de otros, como calzado, guantes, etc., que quiero tocarlos o robarlos aunque no haga uso de ellos.
86. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
87. Me gustaría ser florista.
88. Generalmente siento que la vida vale la pena.
89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
90. De vez en cuando dejo para mañana lo que debiera hacer hoy.
91. No me molesta que se burien de mí.
92. Me gustaría ser enfermero (o enfermera).
93. Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.
94. Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).
95. Voy a la iglesia casi todas las semanas.
96. Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia.
97. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso.
98. Creo en la segunda venida de Cristo.
99. Me gusta ir a fiestas y a otras reuniones donde haya mucha alegría y ruido.
100. He encontrado problemas tan llenos de posibilidades que me ha sido imposible llegar a una decisión.
101. Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
102. Mis luchas más difíciles son conmigo mismo.
103. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o contracciones musculares.
104. No parece importarme lo que me pase.
105. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy malhumorado.
106. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo malo o diabólico.
107. Casi siempre soy feliz.
108. Parece que mi cabeza o mi nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo.
109. Algunas personas son tan dominantes que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
110. Alguien me tiene mala voluntad.
111. Nunca he hecho algo peligroso sólo por el gusto de hacerlo.
112. Con frecuencia siento la necesidad de luchar por algo que creo que es justo.
113. Creo que la ley debe hacerse cumplir.
114. A menudo siento como si tuviera una banda apretándome la cabeza.
115. Creo en otra vida después de ésta.
116. Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.
117. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
118. En la escuela me llevaron ante el director algunas veces por hacer travesuras.
119. Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más ligero, ni más despacio, ni balbuciente; ni ronc).
120. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer fuera en compañía de otros.
121. Creo que están conspirando contra mí.
122. Me parece que soy tan capacitado e inteligente como la mayor parte de los que me rodean.

123. Creo que me están siguiendo.
124. La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.
125. Sufro mucho de trastornos estomacales.
126. Me gustan las artes dramáticas.
127. Yo sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.
128. El ver sangre no me asusta ni me enferma.
129. A menudo no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado.
130. Nunca he vomitado o escupido sangre.
131. No me preocupa contraer enfermedades.
132. Me gusta recoger flores o cultivar plantas decorativas.
133. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.
134. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlos en palabras.
135. Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
136. Generalmente pienso qué segunda intención pueda tener otra persona cuando me hace un favor.
137. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la de la mayor parte de la gente que conozco.
138. La crítica o el regaño me hiere profundamente.
139. Algunas veces siento el impulso de herirme o de herir a otros.
140. Me gusta cocinar.
141. Mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean.
142. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.
143. Cuando niño pertenecía a un grupo o pandilla que trataba de mantenerse unido a toda prueba.
144. Me gustaría ser soldado.
145. A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien.
146. Me siento impulsado hacia la vida errante y nunca me siento feliz a menos que esté viajando de un lado a otro.
147. Muchas veces he perdido una oportunidad porque no he podido decidirme a tiempo.
148. Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante.
149. Acostumbra llevar un diario de mi vida.
150. Prefiero ganar a perder en un juego.
151. Alguien ha estado tratando de envenenarme.
152. Casi todas las noches puedo dormirme sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.
153. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.
154. Nunca he tenido un ataque o convulsiones.
155. No estoy perdiendo ni ganando peso.
156. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.
157. Creo que frecuentemente he sido castigado sin motivo.
158. Lloro con facilidad.
159. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
160. Nunca me he sentido mejor que ahora.
161. A veces siento adolorida la parte superior de la cabeza.
162. Me mortifica que una persona me tome el pelo tan hábilmente que tenga que admitir que me engañaron.
163. No me canso con facilidad.
164. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.

165. Me gusta conocer gente de importancia porque eso me hace sentir importante.
166. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
167. No me sentiría nervioso si algún familiar mío tuviera dificultades con la justicia.
168. Mi mente no está muy bien.
169. No tengo miedo de manejar dinero.
170. No me preocupa lo que otros piensen de mí.
171. Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión aun cuando otros están haciendo lo mismo.
172. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.
173. Me gustaba la escuela.
174. Nunca me he desmayado.
175. Rara vez o nunca he tenido mareos.
176. No le tengo mucho miedo a las serpientes.
177. Mi madre fue una buena mujer.
178. Mi memoria parece ser buena.
179. Me preocupan las cuestiones sexuales.
180. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.
181. Cuando me siento aburrido me gusta provocar algo emocionante.
182. Tengo miedo de perder el juicio.
183. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
184. Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen.
185. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas.
186. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.
187. Nunca se me han puesto las manos torpes o poco hábiles.
188. Puedo leer por un largo rato sin que se me cansen los ojos.
189. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
190. Muy pocas veces me duele la cabeza.
191. Algunas veces, cuando estoy avergonzado, empiezo a sudar, lo que me molesta muchísimo.
192. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
193. No me dan ataques de alergia o asma.
194. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos o el habla pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
195. No me agradan todas las personas que conozco.
196. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
197. Alguien ha estado tratando de robarme.
198. Muy pocas veces sueño despierto.
199. Se debe enseñar a los niños la información básica sobre la vida sexual.
200. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.
201. Desearía no ser tan tímido.
202. Creo que estoy condenado o que no tengo salvación.
203. Si yo fuera periodista me gustaría mucho escribir noticias de teatro.
204. Me gustaría ser periodista.
205. A veces me ha sido imposible evitar el robar o llevarme algo de una tienda.
206. Soy muy religioso (más que la mayoría de la gente).
207. Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.
208. Me gusta coquetear.
209. Creo que mis pecados son imperdonables.
210. Todo me sabe igual.

211. Puedo dormir de día pero no de noche.
212. Mi familia me trata más como niño que como adulto.
213. Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las líneas de las aceras.
214. Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayza preocupado.
215. He bebido alcohol con exceso.
216. Hay muy poco compañerismo y cariño en mi familia en comparación con otros hogares.
217. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.
218. No me molesta mucho el ver sufrir a los animales.
219. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
220. Yo quise a mi madre.
221. Me gusta la ciencia.
222. No encuentro difícil el pedir ayuda a mis amigos aun cuando no pueda devolverles el favor.
223. Me gusta mucho cazar.
224. Con frecuencia mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbraba salir.
225. A veces murmuro o chismeo un poco de la gente.
226. Algunos de mis familiares tienen hábitos que me molestan y perturban mucho.
227. Me han dicho que camino dormido.
228. A veces creo que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
229. Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.
230. Raras veces noto los latidos de mi corazón, y muy pocas veces me siento corto de respiración.
231. Me gusta hablar sobre temas sexuales.
232. He sido educado en un modo de vida basado en el deber, el cual he seguido desde entonces con sumo cuidado.
233. Algunas veces he sido un obstáculo a personas que querían hacer algo, no porque eso fuera de mucha importancia, sino por cuestión de principio.
234. Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto.
235. He sido bastante independiente y libre de la disciplina familiar.
236. Me preocupo mucho.
237. Casi todos mis parientes congenian conmigo.
238. Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.
239. He sufrido un desengaño amoroso.
240. Nunca me preocupo por mi aspecto.
241. Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantenerlas en secreto.
242. Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas.
243. Sufro de pocos o ninguna clase de dolor.
244. Mi modo de hacer las cosas tiende a ser mal interpretado por otros.
245. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.
246. Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.
247. Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia.
248. Algunas veces sin razón alguna o aun cuando las cosas no me estén saliendo bien me siento muy alegre, "como si viviera en las nubes".
249. Creo que existe el diablo y el infierno.
250. No culpo a nadie de tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
251. He tenido trances en los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
252. A nadie le importa mucho lo que le suceda a usted.
253. Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas.

254. Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas los unos a los otros.
255. En las elecciones algunas veces voto por candidatos acerca de quienes conozco muy poco.
256. La única parte interesante del periódico es la página cómica.
257. Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago.
258. Creo que hay un Dios.
259. Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.
260. En la escuela fui lento en aprender.
261. Si fuera artista me gustaría pintar flores.
262. No me molesta el no ser mejor parecido.
263. Sudó con facilidad aun en días fríos.
264. Tengo entera confianza en mí mismo.
265. Es más seguro no confiar en nadie.
266. Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy excitado.
267. Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.
268. Cuando me siento abatido, algo emocionante me saca casi siempre de ese estado.
269. Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión.
270. Cuando salgo de casa no me preocupo de si las puertas y ventanas están bien cerradas.
271. No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.
272. A veces estoy lleno de energía.
273. Tengo adormecidas una o varias partes de la piel.
274. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.
275. Alguien controla mi mente.
276. Me gustan los niños.
277. A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro, que he deseado que se salga con la suya.
278. Con frecuencia me ha parecido que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos.
279. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de agua.
280. La mayoría de la gente se hace de amigos por conveniencia propia.
281. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.
282. De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi familia a los que usualmente quiero.
283. Si fuera reportero me gustaría mucho escribir noticias deportivas.
284. Estoy seguro de que la gente habla de mí.
285. A veces me río de chistes sucios.
286. Nunca estoy tan contento como cuando estoy solo.
287. Tengo pocos temores en comparación con mis amigos.
288. Sufro de ataques de náusea y vómitos.
289. Siempre me disgusta con la ley cuando se pone en libertad a un criminal debido a los argumentos de un abogado astuto.
290. Trabajo bajo una tensión muy grande.
291. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.
292. Por lo general no le hablo a la gente hasta que ellos no me hablan a mí.
293. Alguien ha tratado de influir en mi mente.
294. Nunca he tenido tropiezos con la ley.
295. A mí me gustaba el cuento "Caperucita Roja".
296. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.

297. Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.
298. Si varias personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en esto.
299. Creo que siento más intensamente que la mayoría de las personas.
300. Nunca en mi vida me ha gustado jugar con muñecas.
301. Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.
302. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
303. Soy tan sensible acerca de algunos asuntos que ni siquiera puedo hablar de ellos.
304. En la escuela me era muy difícil hablar frente a la clase.
305. Aun cuando esté acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.
306. Recibo toda la simpatía que debo recibir.
307. No participo en algunos juegos porque no los sé jugar bien.
308. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
309. Creo que hago amistades tan fácilmente como los demás.
310. Mi vida sexual es satisfactoria.
311. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
312. No me gusta tener gente alrededor.
313. El hombre que provoca la tentación dejando propiedad de valor sin protección, es tan culpable del robo como el ladrón mismo.
314. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
315. Estoy seguro que la vida es cruel conmigo.
316. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
317. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
318. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
319. A la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás, aunque no lo diga.
320. Muchos de mis sueños son acerca de asuntos sexuales.
321. Me ruborizo fácilmente.
322. El dinero y los negocios me preocupan.
323. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
324. Nunca he estado enamorado de nadie.
325. Ciertas cosas que han hecho algunos de mis familiares me han asustado.
326. A veces me dan accesos de risa o de llanto que no puedo controlar.
327. Mi madre o mi padre frecuentemente me hacían obedecer, aun cuando yo creía que no tenían razón.
328. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
329. Casi nunca sueño.
330. Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos.
331. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
332. Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no esté resfriado.
333. Nadie parece comprenderme.
334. A veces percibo olores raros.
335. No me puedo concentrar en una sola cosa.
336. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
337. Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo.
338. Sin duda he tenido más cosas de que preocuparme de las que me corresponden.

339. La mayor parte del tiempo *desearía* estar muerto.
340. Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente.
341. A veces oigo tan bien que me molesta.
342. Se me olvida muy pronto lo que la gente me dice.
343. Generalmente tengo que detenerme a pensar antes de hacer algo, aunque sea un asunto sin importancia.
344. Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir.
345. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.
346. Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia como bombillas eléctricas en anuncios luminosos, etc.
347. No tengo enemigos que realmente quieran *hacerme* daño.
348. Generalmente no me fío de las personas que son un poco más amistosas de lo que yo esperaba.
349. Tengo pensamientos extraños y peculiares.
350. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
351. Me pongo ansioso y turbado cuando tengo que salir de casa para hacer un corto viaje.
352. He tenido miedo a cosas y a personas que sabía que no me podían hacer daño.
353. No temo entrar solo a un salón donde hay gente reunida hablando.
354. Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o puntisguda.
355. Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero.
356. Tengo más dificultad para concentrarme que la que parece que tienen los demás.
357. Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
358. Malas palabras, a menudo palabras horribles, vienen a mi mente, y se me hace imposible librarme de ellas.

359. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
360. Casi todos los días sucede algo que me asusta.
361. Me inclino a tomar las cosas muy en serio.
362. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
363. A veces he sentido placer cuando un ser querido me ha lastimado.
364. La gente dice cosas insultantes y vulgares acerca de mí.
365. Me siento incómodo cuando estoy bajo techo.
366. Aun cuando esté acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo.

PASE LA PAGINA SOLAMENTE  
CUANDO SE LE INDIQUE

367. No soy una persona demasiado consciente de sí misma.
368. Durante ciertos períodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.
369. En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me sienta solo o con una sola persona en vez de unirme al grupo.
370. La gente me desilusiona con frecuencia.
371. Me gusta muchísimo ir a bailes.
372. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía vencerlas.
373. Frecuentemente pienso: "quisiera volver a ser niño".
374. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serían de gran beneficio para la humanidad.
375. Frecuentemente he conocido personas a quienes se suponía expertas y que no eran mejores que yo.
376. Me siento un fracasado cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.
377. Si me dieran la oportunidad sería un buen líder.
378. Me avergüenzan los cuentos picantes.
379. Generalmente la gente exige más respeto para sus derechos que el que está dispuesta a permitirle a los demás.
380. Trato de recordar cuentos interesantes para contarlos a otras personas.
381. Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.
382. Me gustan las reuniones sociales por estar con gente.
383. Gozo con la excitación de una multitud.
384. Mis preocupaciones parece que desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos animados.
385. Frecuentemente no me entera de los chismes y habladurías del grupo a que pertenezco.
386. Me es difícil el dejar a un lado la tarea que he emprendido aun cuando sea por poco tiempo.
387. No he tenido dificultad para empezar a orinar o retener mi orina.
388. A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas simplemente porque a ellas no se les ocurrieron antes.
389. Siempre que puedo evito encontrarme entre una multitud.
390. No me molesta el ser presentado a extraños.
391. Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo.
392. Con frecuencia les hablo a los extraños en los trenes, autobuses, etc.
393. Me rindo fácilmente cuando las cosas van mal.
394. Me gusta que la gente conozca mi punto de vista sobre las cosas.
395. He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora.
396. No me sentiría desconcertado si tuviera que iniciar una discusión o dar una opinión acerca de algo que conozco bien ante un grupo de personas.
397. Me gustan las fiestas y las reuniones sociales.
398. Me acobardo ante las crisis, dificultades o problemas.
399. Puedo dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros creen que no vale la pena hacerlo.
400. No le temo al fuego.
401. No le temo al agua.
402. Frecuentemente tengo que consultar con la almohada antes de tomar decisiones.
403. Es una gran cosa vivir en esta época en que ocurren tantas cosas.
404. Frecuentemente la gente ha interpretado mal mis intenciones cuando trataba de corregirla y ayudarla.
405. No tengo dificultad al tragar.
406. A veces me he alejado de otra persona porque temía hacer o decir algo que pudiera lamentar después.
407. Por lo general soy tranquilo y no me altero fácilmente.

PASE LA PAGINA

408. Puedo ocultar lo que siento en algunas cosas de manera tal que la gente puede hacerme daño sin que se den cuenta de ello.
409. A veces me he agotado por emprender demasiadas cosas.
410. Me gustaría mucho ganarle a un pescero con sus propias armas.
411. La religión no me preocupa.
412. No temo ver al médico acerca de una enfermedad o lesión.
413. Merezco un severo castigo por mis pecados.
414. Tiendo a preocuparme tanto por los engaños que luego no puedo dejar de pensar en ellos.
415. Odio tener que trabajar de prisa.
416. Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aunque sepa que puedo hacerlo bien.
417. A menudo me siento tan molesto cuando alguien trata de adelantarse en una fila, que le llamo la atención.
418. A veces pienso que no sirvo para nada.
419. Cuando muchacho frecuentemente salía para la escuela pero no llegaba a ella.
420. He tenido experiencias religiosas extraordinarias.
421. Tengo uno o varios familiares que son muy nerviosos.
422. Me he sentido avergonzado por la clase de trabajo que alguien de mi familia ha hecho.
423. Me gusta o me ha gustado muchísimo pescar.
424. Siento hambre casi todo el tiempo.
425. Sueño frecuentemente.
426. A veces he tenido que ser rudo con personas groseras o inoportunas.
427. Tiendo a interesarme en diferentes distracciones en vez de concentrarme por largo tiempo en una de ellas.
428. Me gusta leer los editoriales de los periódicos.
429. Me agrada asistir a conferencias sobre temas serios.
430. Me atraen las personas del sexo opuesto.
431. Me preocupo mucho por posibles desgracias.
432. Tengo opiniones políticas bien definidas.
433. Acostumbraba tener compañeros imaginarios.
434. Me gustaría competir en carreras automovilísticas.
435. Generalmente preferiría trabajar con mujeres.
436. Estoy seguro de que sólo existe una religión verdadera.
437. No es malo tratar de evitar el cumplimiento de la ley siempre que ésta no se viole.
438. Hay ciertas personas que me disgustan tanto que me alegro interiormente cuando están pagando las consecuencias por algo que han hecho.
439. Me pone nervioso tener que esperar.
440. Cuando me siento muy feliz y activo, alguien que esté deprimido me desanima por completo.
441. Me gustan las mujeres altas.
442. He tenido períodos durante los cuales he perdido el sueño a causa de las preocupaciones.
443. Tiendo a dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros piensan que esa no es la manera correcta.
444. No trato de corregir a la gente que expresa opiniones ignorantes.
445. Me apasionaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).
446. Los policías son generalmente honrados.
447. Con frecuencia me esfuerzo para triunfar sobre alguien que me ha llevado la contraria.
448. Me molesta que la gente en las tiendas, tranvías, etc., me esté mirando.
449. No me gusta ver fumar a las mujeres.
450. Muy raramente me siento deprimido.

451. Cuando alguien dice cosas tontas o estúpidas acerca de algo que sé, trato de corregirlo.
452. Me gusta burlarme de la gente.
453. Cuando era niño nunca me interesó pertenecer a un grupo o pandilla.
454. Podría ser feliz viviendo completamente solo en una cabaña en el bosque o en las montañas.
455. Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio.
456. Una persona no debiera ser castigada por violar una ley que considere injusta.
457. Creo que nadie debería nunca probar bebidas alcohólicas.
458. El hombre que más se ocupó de mí cuando era niño (como mi padre, padrastro, etc.) fue muy estricto conmigo.
459. Tengo uno o varios malos hábitos tan arraigados, que es inútil luchar contra ellos.
460. He bebido alcohol moderadamente (o nunca lo he usado).
461. Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.
462. Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas.
463. Me gustaba jugar "a la pata coja".
464. Nunca he tenido una visión.
465. Varias veces he cambiado de modo de pensar acerca de mi trabajo.
466. Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.
467. Con frecuencia memorizo números sin importancia (tales como los de las placas de automóviles, etc.).
468. Frecuentemente me siento apenado por ser tan malgenioso y gruñón.
469. El relámpago es uno de mis temores.
470. Me disgustan las cosas sexuales.
471. En la escuela mis calificaciones en conducta fueron generalmente malas.
472. Me fascina el fuego.
473. Me gusta tener a los demás intrigados sobre lo que voy a hacer.
474. No tengo que orinar con más frecuencia que los demás.
475. Cuando estoy en una situación difícil digo sólo aquella parte de la verdad que no me perjudique.
476. Soy un enviado especial de Dios.
477. Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que descubrirlos.
478. Nunca me he puesto particularmente nervioso a causa de dificultades en que se haya visto envuelto algún miembro de mi familia.
479. Los únicos milagros que conozco son simplemente tretas que unas personas les hacen a otras.
480. Con frecuencia le tengo miedo a la obscuridad.
481. Me da miedo estar solo en la obscuridad.
482. Con frecuencia mis planes han parecido estar tan llenos de dificultades, que he tenido que abandonarlos.
483. Cristo realizó milagros tales como cambiar el agua en vino.
484. Tengo una o más faltas que son tan grandes que es mejor aceptarlas y tratar de controlarlas, antes que tratar de librarme de ellas.
485. Cuando un hombre está con una mujer generalmente está pensando cosas relacionadas con el sexo de ella.
486. Nunca he notado sangre en mi orina.
487. Muchas veces me he sentido muy mal al no haber sido comprendido cuando trataba de evitar que alguien cometiera un error.
488. Rezo varias veces a la semana.
489. Me compadezco de las personas que generalmente se aferran a sus penas y problemas.

PASE LA PAGINA

490. Leo mi libro de oraciones (o la Biblia) varias veces a la semana.
491. No tolero a la gente que cree que sólo hay una religión verdadera.
492. Me produce terror la idea de un terremoto.
493. Prefiero el trabajo que requiere concentración a un trabajo que me permite ser descuidado.
494. Temó encontrarme en un lugar pequeño y cerrado.
495. Generalmente "le hablo claro" a la gente a quien estoy tratando de mejorar o corregir.
496. Nunca he visto las cosas dobles (esto es, nunca un objeto me ha parecido doble sin que me sea posible hacerlo aparecer como uno).
497. Me gustan los cuentos de aventuras.
498. Es bueno siempre ser franco.
499. Tengo que admitir que a veces me he preocupado sin motivo alguno por cosas que no valían la pena.
500. Rápidamente me vuelvo partidario absoluto de una buena idea.
501. Generalmente hago las cosas por mí mismo, en vez de buscar a alguien que me enseñe.
502. Le tengo terror a una tormenta.
503. Es raro que yo apruebe o desaprobe con energía las acciones de otros.
504. No trato de encubrir mi mala opinión o lástima que me inspira una persona a fin de que ésta no sepa mi modo de sentir.
505. Los caballos que no jalan debieran ser golpeados o pateados.
506. Soy una persona muy tensa.
507. Frecuentemente he trabajado bajo personas que parece que arreglan las cosas de tal modo, que ellas son las que reciben el reconocimiento de una buena labor, pero que sin embargo atribuyen los errores a otros.
508. Creo que mi olfato es tan bueno como el de los demás.
509. A veces me es difícil defender mis derechos por ser muy reservado.
510. La suciedad me espanta o me disgusta.
511. Vivo una vida de ensueños acerca de la cual no digo nada a nadie.
512. No me gusta bañarme.
513. Creo que Cervantes fue más grande que Napoleón.
514. Me gustan las mujeres hombrunas.
515. En mi hogar siempre hemos tenido cubiertas nuestras necesidades básicas (tales como alimentación, vestido, etc.).
516. Algunos de mis familiares se enojan muy fácilmente.
517. No puedo hacer nada bien.
518. A menudo me he sentido culpable porque he fingido mayor pesar del que realmente sentía.
519. Algo anda mal con mis órganos sexuales.
520. Generalmente defiendo con tenacidad mis propias opiniones.
521. Frecuentemente le pido consejo a la gente.
522. No le temo a las arañas.
523. Casi nunca me ruborizo.
524. No temo contraer una enfermedad o coger gérmenes de las perillas de las puertas.
525. Ciertos animales me ponen nervioso.
526. El porvenir me parece incierto.
527. Los miembros de mi familia y mis parientes más cercanos se llevan bastante bien.
528. No me ruborizo con mayor frecuencia que los demás.
529. Me gustaría usar ropa cara.
530. A menudo siento miedo de ruborizarme.
531. La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente aun en cosas sobre las que creía estar ya decidido.

532. Puedo soportar tanto dolor como los demás.
533. No padezco de muchos eructos.
534. Varias veces he sido el último en darme por vencido al tratar de hacer algo.
535. Siento la boca seca casi todo el tiempo.
536. Me molesta que la gente me haga hacer las cosas de prisa.
537. Me gustaría cazar leones en África.
538. Creo que me gustaría el trabajo de modisto (o modista).
539. No le tengo miedo a los ratones.
540. Nunca he sufrido de parálisis facial.
541. Mi piel parece ser muy sensible al tacto.
542. Nunca he tenido deposiciones (excretas) negras, parecidas a la brea.
543. Varias veces por semana siento como si algo terrible fuera a suceder.
544. La mayor parte del tiempo me siento cansado.
545. Algunas veces sueño lo mismo una y otra vez.
546. Me gusta leer sobre historia.
547. El futuro es demasiado incierto para que una persona haga planes formales.
548. Nunca asisto a un espectáculo sobre temas sexuales, si es que puedo evitarlo.
549. Con frecuencia, aun cuando todo va bien, siento que nada me importa.
550. Me gusta reparar las cerraduras de la puerta.
551. Algunas veces estoy seguro de que los demás pueden decir lo que estoy pensando.
552. Me gusta leer sobre ciencia.
553. Tengo miedo de estar solo en un sitio amplio al descubierto.
554. Si fuera artista me gustaría dibujar niños.
555. Algunas veces me siento a punto de una crisis nerviosa.
556. Soy muy cuidadoso en mi manera de vestir.
557. Me gustaría ser secretario (o secretaria) privado(a).
558. Un gran número de personas son culpables de mala conducta sexual.
559. Con frecuencia he sentido miedo de noche.
560. Me molesta que se me olvide donde pongo las cosas.
561. Me gusta mucho montar a caballo.
562. La persona hacia quien sentía mayor afecto y admiración cuando era niño fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
563. Me gustan más las historias de aventuras que las de amor.
564. No me enoja fácilmente.
565. Siento deseos de tirarme cuando estoy en un sitio alto.
566. Me gustan las escenas de amor de las películas.

