

302925
19
24



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**RASGOS DE PERSONALIDAD QUE POSEE LA
POBLACION DE UN GRUPO DE NEUROTICOS
ANONIMOS, A.C.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

YESIKA ELIZABETH SAINZ LARA

DIRECTOR DE TESIS: DR. JESUS QUINTANAR MARQUEZ

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al Señor Dios: te agradezco con mi alma y con todas mis fuerzas, tu constante presencia en mi ser, y sobre todo en mi corazón. Gracias a tu ayuda y a la integridad de tu voluntad, he salido adelante con lo que un día fue un proyecto y ahora es una realidad.

A Nicolás Gómez Sánchez: gracias por tu fuerza y apoyo, dos grandes cualidades que hacen de ti una gigantesca figura: mi protector, padre simbólico e imaginario, pero amigo real a través de la vida. Hasta en mis más pequeños logros tú siempre has sido mi más grande admirador, y hoy lo que soy, lo soy por ti ..."Gracias, Nico".

A mi madre y a mi padre: personas significativas e importantes en mi vida. Les doy las gracias por haberme dado la vida y así tener la oportunidad de poder darles una pequeña satisfacción, con la culminación de la presente tesis, consecuencia del estímulo que me han brindado ..."Gracias, Papás".

A Jacobo, mi vida entera: quien siempre a mi lado esperaste largas horas de ausencia, mientras yo concluía la carrera y el proceso de esta investigación. Considero que al

final ha valido la pena tu espera, porque ahora los frutos son tuyos ..."Gracias, Hijo".

Al Dr. Jesús Quintanar Márquez: gracias por compartir conmigo los conocimientos de su profesionalismo, experiencia y talento, para que este estudio pudiese alcanzar la calidad de contenido y presentación que posee.

Finalmente, a los grupos de Neuróticos Anónimos: les agradezco su aceptación en el grupo como investigadora. Gracias por el apoyo y cooperación que me brindaron para la realización de esta tesis.

INDICE

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

CAPITULO I PERSONALIDAD

1.1 Definición de personalidad.....	2
1.2 Rasgos de personalidad.....	16
1.2.1 Rasgos Congénitos.....	21
1.3 Personalidad normal.....	22

CAPITULO II PSICOPATOLOGIA

2.1 Concepto de neurosis.....	29
2.1.1 Síntomas neuróticos.....	32
2.1.1.1 Síntomas del obsesivo compulsivo.....	34
2.1.1.2 Síntomas del histérico.....	34
2.1.2 Evolución ulterior de las neurosis.....	35
2.2 Trastornos de la personalidad.....	38
2.2.1 Tipos de trastornos de la personalidad.....	38
2.3 Concepto de psicosis.....	41
2.3.1 Características de la psicosis.....	44
2.3.2 Tipos de psicosis.....	46
2.3.3 Cuadro comparativo de los diferentes tipos de psicosis.....	50

CAPITULO III NEUROTICOS ANONIMOS

3.1 ¿Qué es neuróticos anónimos?.....	52
3.1.1 Antecedentes de neuróticos anónimos.....	53
3.1.2 La organización de Neuróticos Anónimos.....	55
3.2.3 Descripción de un Grupo de Neuróticos Anónimos.....	57
3.2 Concepto de neurosis, según neuróticos anónimos.....	58
3.2.1 Tipos de neurosis.....	59
3.2.2 Que es un neurótico.....	59
3.2.3 Qué es la enfermedad emocional.....	59
3.2.3.1 La enfermedad emocional es la misma en todas las personas.....	60
3.2.4 Tratamiento de la neurosis en neuróticos anónimos, para la neurosis.....	60
3.2.4.1 La "cura", en neuróticos anónimos.....	61
3.3 La etiología de la enfermedad y de la salud mental y emocional, según neuróticos anónimos.....	62
3.3.1 Información acerca de la enfermedad mental y emocional.....	63
3.3.2 Descripción de la enfermedad mental y emocional por neuróticos anónimos.....	67
3.3.2.1 La enfermedad mental y emocional, es algo completamente distinto de la salud mental y emocional.....	68
3.3.3 El término psicosis para neuróticos anónimos.....	70
3.3.3.1 Una promesa que neuróticos anónimos garantiza.....	72
3.3.4. El sentimiento de culpa es enfermedad mental y	

emocional.....	73
3.3.5 No hay casos incurables en neuróticos anónimos.....	74
3.3.5.1 Dios trabaja con causa y efecto.....	76
3.3.5.2 Razones por las que neuróticos anónimos necesita a un poder superior.....	77
3.3.6 La patología y la recuperación hablan el mismo idioma en todas partes.....	78
3.4 Las leyes de la enfermedad mental y emocional, que rigen a neuróticos anónimos.....	80
3.4.1 "Hechos" que ofrece neuróticos anónimos acerca de la enfermedad.....	83
3.4.2 "Hechos" acerca de la recuperación.....	85
3.4.3 Neuróticos anónimos no trata los problemas, trata las las soluciones.....	86

CAPITULO IV METODOLOGIA

4.1 Planteamiento del problema.....	88
4.2 Hipótesis.....	88
4.3 Objetivos.....	88
4.4 Población y muestra.....	89
4.5 Obtención de datos.....	91
4.6 Tipo de investigación.....	107
4.7 Niveles de investigación.....	107
4.8 Diseño de la investigación.....	107
4.9 Procedimiento.....	108

CAPITULO V RESULTADOS

5.1 Tablas de resultados de la aplicación del MMPI.....113
5.2 Interpretación y discusión de resultados.....116
5.3 Opinión personal sobre neuróticos anónimos.....132

CONCLUSIONES

LIMITACIONES

SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

PROPUESTAS

BIBLIOGRAFIA

A N E X O S

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

El objetivo de esta tesis es explorar, los diferentes rasgos de personalidad que posee la población de una agrupación de neuróticos anónimos.

Para llevar a cabo el objetivo central de este estudio, es necesario utilizar un instrumento que mide rasgos de personalidad, como lo es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

El contenido está dividido en cinco partes: la primera, que corresponde al capítulo I, se titula PERSONALIDAD, en la cual se ofrecen las definiciones de personalidad más importantes que se manejan dentro de la psicología, incluyendo también los rasgos de personalidad, y lo que la psicología considera personalidad normal.

El capítulo II se titula PSICOPATOLOGIA. En este apartado se ofrecen los conceptos de las estructuras que conforman a la personalidad, incluyendo desde el estado normal hasta los diferentes tipos de trastornos que puede sufrir la personalidad. Se menciona, por lo tanto, en este capítulo el concepto de neurosis, cuáles son los síntomas neuróticos, el

concepto de psicosis y, finalmente, otros trastornos de la personalidad.

El capítulo III es un tanto descriptivo, pues trata sobre la organización de neuróticos anónimos, desde sus antecedentes, su organización, su administración, hasta sus conceptos teóricos, que han sido formulados y editados por la misma organización.

El capítulo IV se titula METODOLOGIA. En éste se presenta el planteamiento del problema, así como también se establecen las hipótesis y los objetivos que se llevan a cabo. Se hace una descripción breve del instrumento que se utiliza en este estudio.

Finalmente, en el capítulo V se presentan todos los resultados obtenidos en forma de tablas; asimismo, se hace, un análisis de estos resultados.

En total, de los 37 sujetos estudiados, 14 de ellos presentan perfiles que corresponden a diagnósticos de psicosis o trastornos de la personalidad, más que a neurosis. De las 28 mujeres, 8 de ellas están en esta situación, lo cual corresponde al 28.5%. De los 9 varones, 6 lo están, es decir, el 66.6%. De los 37 sujetos de la muestra, el 37.8% se encuentra en la situación descrita, con lo que se puede

señalar, que si bien los perfiles obtenidos por la muestra en el MMPI en promedio corresponden a resultados normales o neuróticos, el análisis por sujeto hace evidente que el 37.8% de ellos distan mucho de ser personas neuróticas, y que sus trastornos son más graves; por lo cual, la aceptación de la hipótesis alterna debe tomarse con reservas y no aplicarse a los sujetos en forma individual.

Neuróticos anónimos es un derivado de alcohólicos anónimos, pues ha seguido sus lineamientos desde su inicio; lo que se pretende en alcohólicos anónimos es que el individuo elimine la conducta no deseada que es beber alcohol, y para la mayoría de las personas ha funcionado. Como neuróticos anónimos sigue los lineamientos de alcohólicos anónimos, se pretende, entonces, eliminar la conducta negativa que sería la neurosis; es aquí donde surge una cuestión, ¿podrá eliminarse la estructura que conforma la personalidad en un individuo?. En este caso, sería la neurosis para neuróticos anónimos, pues se dicen ser neuróticos; pero, si se explora a fondo la estructura de personalidad que verdaderamente posee cada individuo que forma parte de estos grupos de neuróticos anónimos, tal vez se plantee un problema: ¿realmente tienen una estructura neurótica? ¿o, tal vez, predomine otro tipo de estructura?. En este estudio, entonces, para dar una respuesta a estas preguntas, se intenta explorar, qué tipo de perfil de personalidad predomina en los grupos de neuróticos

anónimos. Esto es posible a través de la aplicación del instrumento antes mencionado.

A pesar de ser tan evidente la presencia de la organización neuróticos anónimos en la sociedad mexicana se ha encontrado que relativamente son muy pocos los estudios que se han realizado sobre esta organización.

Martínez (1983), en una investigación de tesis, realizó un estudio exploratorio sobre la terapia utilizada en los grupos de neuróticos anónimos. El objetivo primordial de esta tesis fue el contestar algunas interrogantes básicas sobre el tipo y proceso terapéutico de los grupos de neuróticos anónimos, considerando a éstos como la alternativa a nivel masivo para el tratamiento psicológico de los trastornos emocionales.

En este trabajo se describe la esencia de la terapia de neuróticos anónimos, analizándola en un contexto clínico general, evaluándola y situándola dentro de las aproximaciones psicológicas más importantes dentro del campo de la psicoterapia. El fin de analizar la terapia de neuróticos anónimos fue obtener los conceptos básicos de carácter técnico a través de la revisión de los procedimientos de evaluación, técnicas terapéuticas, así como sus fundamentos filosóficos, haciendo un análisis crítico de la literatura de

neuróticos anónimos, bajo los conceptos de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis.

Después de haber analizado el proceso terapéutico que se da en los grupos de neuróticos anónimos, se concluyó lo siguiente: El programa terapéutico se lleva a cabo en reuniones en donde la actividad principal de los miembros es la expresión verbal de sus emociones y sentimientos; sin embargo, no existe un diálogo directo entre los miembros, es decir, no existe una retroalimentación ni esclarecimiento de dudas sobre lo expresado. Por ello, se considera a la terapia de neuróticos anónimos como, básicamente, de tipo catártico, que por sí sola no basta para introducir cambios conductuales importantes y duraderos (Martínez, 1983).

Dado que los procesos de autoevaluación, interpretación y solución de problemas no se manejan en términos científicos, es muy probable que se refuercen otros tipos de comportamiento neurótico, que al originarse dentro de situaciones consideradas "terapéuticas" no se les toma en cuenta y se perpetúan. Es posible que las respuestas de sujetos neuróticos se den en base al mismo programa con las expectativas que la organización tiene en cuanto a su problemática emocional. Esto es importante porque hace pensar que los neuróticos anónimos podrían manifestarse de manera distinta en los grupos y en otros ambientes como el familiar. Ello indicaría un cuestionamiento a la efectividad del programa en el sentido de

llegar directamente a las causas o eventos precipitantes de los conflictos psicológicos de la persona (Martínez, 1983).

Neuróticos Anónimos está imposibilitado para la superación de conflictos emocionales "graves o profundos", sólo al mejoramiento de las relaciones interpersonales dentro de otros grupos como familia, escuela o trabajo en los cuales debería completarse y poner a prueba la recuperación de las personas (Martínez, 1983).

Se considera que el trabajo terapéutico de neuróticos anónimos está, más que nada, enfocado a un cambio de creencias o de actitudes del individuo neurótico hacia las relaciones interpersonales; es decir, hacia la gama de encuentros, situaciones y emociones entre dos o más personas. En teoría, el grupo fomenta la interacción con otros sujetos cuando mejora la autocompasión y se proporcionan recompensas para la conducta socialmente aceptada (Martínez, 1983).

Seis años después, en la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Iztacala, Suárez (1989) realizó un estudio de tesis titulado: " Las aproximaciones psicológicas a la conducta neurótica y la alterativa propuesta por neuróticos anónimos, a.c.", en el cual llegó a las siguientes conclusiones:

Neuróticos anónimos elabora su propia definición de neurosis, de tal manera que su programa y su acción se cimentan sobre una definición propia. Esta definición propia de neurosis que manejan, corresponde a una concepción religiosa, enunciada en términos religiosos. Utilizan sistemáticamente, para explicar la neurosis, términos y conceptos religiosos.

En el grupo y en la organización se afirma que neuróticos anónimos no es un grupo religioso. Sin embargo, haciendo una profundización del programa o de la literatura, así como de las prácticas de grupo, se encuentran términos, definiciones y puntos de vista religiosos. Lo cual equivale a descubrir un conflicto esencial en el interior del grupo, consistente en afirmarse como no religioso y encontrarse de hecho completamente saturado por la religión.

Neuróticos anónimos en su programa de recuperación, se autodefine como la única alternativa válida para que un neurótico se libere de su neurosis, asentando igualmente que cualquier otro camino conduce al fracaso. Con esto, de hecho rechaza a la psicología como alternativa válida para el tratamiento de la neurosis; lo cual no se justifica, pues invalida sin razón una aproximación psicológica a un problema esencialmente psicológico. De esto también se deriva que neuróticos anónimos se atribuye a funciones que le son ajenas:

usurpa el lugar que corresponde a la psicología en la definición de neurosis (Suárez, 1989).

Suárez (1989) concluye, también, que la terapia que lleva a cabo neuróticos anónimos nunca es realizada por personal capacitado. La literatura de neuróticos anónimos da la apariencia de que ha sido escrita para neuróticos, lo cual es falso, pues originalmente lo ha sido para alcohólicos. Como grupo, no realizan una práctica completamente homogénea, y la influencia religiosa ha llevado a convertir sus reuniones en un ritual.

Soto, (1992) realizó una investigación para conocer la relación que existía entre autoconcepto y empatía en un grupo de adultos de un grupo de neuróticos anónimos de la Ciudad de México, encontrando que sí existe una relación significativa entre el autoconcepto y la empatía, y que no es diferente el nivel de autoconcepto y empatía en hombres y mujeres. Mediante este estudio, se llegó a concluir que los miembros de neuróticos anónimos desarrollan una peculiaridad que consiste en diferenciar, de manera bastante clara, la actitud de interés en los problemas de los demás, aunada a su disposición muy marcada a ayudar, a la que llaman la acción de "ocuparse de los demás"; y por otro lado, la actitud de "preocuparse por los demás", en la que se sufre por el sufrimiento ajeno, pero por el temor de que más adelante le suceda lo mismo. Es una

inclinación egoística que aparenta interés genuino en ayudar altruistamente, pero es falsa.

Esta última actitud la provoca la posibilidad de que "tiene" que sentirse mal cuando otro sufre, por aparentar solidaridad, o también por las consecuencias que pueda traer al sujeto el que alguien cercano sufra, y como efecto secundario se deprime o se irrite en grado extremo, y después le revierta la acción con agresión o culpándolo por ese hecho.

Soto (1992) concluye, entonces, que la primera actitud es deseable y muy apreciada en neuróticos anónimos. La segunda, como "egoísmo o dependencia excesiva", es en neuróticos indeseable y es considerada una falla por la que hay que trabajar para su reducción o eliminación.

J U S T I F I C A C I O N

Un gran número de personas deciden pertenecer al grupo de neuróticos anónimos. No es una sorpresa encontrar en la ciudad de México innumerables grupos de neuróticos anónimos, así como en sus alrededores. En los Estados Unidos de Norteamérica, y en otros países se están formando nuevos grupos frecuentemente.

Neuróticos anónimos experimenta un crecimiento muy marcado y una distribución constante en todo el mundo. Ya se han formado grupos en Canadá, Inglaterra, Finlandia, Dinamarca, Israel, Brasil, Uruguay e India. El 5 de agosto de 1967 tuvo lugar la primera sesión alemana, en el Hospital St. Johannes en Hagen-Boele, después que neuróticos anónimos había participado en sesiones de los grupos de alcohólicos anónimos en Hagen (folleto de la salud mental, 1970).

Neuróticos anónimos ha ido incrementando la población que lo conforma, por lo que es motivo de interés para esta investigación.

Uno de los objetivos de la tesis es indagar si, en efecto, las personas que asisten a neuróticos anónimos poseen una estructura neurótica o bien presentan sintomatología psicótica, trastornos de la personalidad u otros tipos de

patología que requieren de un diagnóstico y tratamiento especializado, lo que se considera fundamental; pues una persona con estas características difícilmente podría beneficiarse con un programa de recuperación (los doce pasos sugeridos de neuróticos anónimos), como el que esta organización lleva a cabo durante sus sesiones.

En un estudio previo (Suárez, 1989), se menciona una serie de casos de neuróticos anónimos; pero revisándolos, se puede, por lo menos, dudar de que muchos de ellos pertenezcan a una estructura neurótica, pues algunos de los síntomas que se señalan bien merecían un diagnóstico diferente a lo que es la neurosis; por ejemplo, los casos 1 y 3, mencionan intentos suicidas; el caso 2, probablemente se refiere a un delirio de celos paranoide, que como lo menciona (Fenichel, 1992) el delirio de celos difiere de los celos normales o neuróticos en que los celos aparecen sin ninguna justificación objetiva; representan una falta de control con pérdida de la realidad. El caso 4 podría ser el de una epilepsia del lóbulo temporal, que requiere de una valoración y atención neurológica, al igual que el caso 6, que menciona haber padecido meningitis.

Un caso ilustrativo, donde se puede detectar síntomas que no precisamente corresponden a una estructura neurótica, es el "caso Grover": -"Soy Grover y soy un neurótico. Soy también alcohólico, pero puedo dar gracias a Dios que soy un neurótico recuperado y un alcohólico contrarrestado. Yo sé que tuve

severos problemas emocionales mucho tiempo antes de haber bebido por primera vez. Yo era un muchacho con disturbios; consentido, temperamental, temeroso y solitario. Después de graduarme en la secundaria, empecé a trabajar y posteriormente caí en una profunda depresión. No sabía qué era lo que me había pasado, sólo sabía que estaba en las profundidades de la desesperación. Intenté suicidarme cinco veces antes de cumplir los 21 años de edad, y la última ocasión estuve a punto de lograrlo..." (Neuróticos anónimos, 1994).

Neuróticos anónimos se propone como una ayuda para las personas que padecen disturbios mentales y emocionales; no pretende tratar los problemas, sino dar solución a éstos. La pregunta para este estudio es, cuál es el perfil que predomina en la población de estos grupos; es necesario, entonces, un estudio exploratorio a través del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), para esclarecer cuál es el perfil que predomina en la población de estos grupos; con el fin de realizar propuestas para optimizar la ayuda brindada a quienes recurren a estos grupos.

CAPITULO I
PERSONALIDAD

1.1 definición de personalidad

Whittaker (1984), menciona que las definiciones de la personalidad más usadas por los psicólogos, se agrupan en cuatro clases o categorías:

1. Las definiciones generales que toman en cuenta todos los procesos o respuestas de que es capaz el individuo, como intereses, hábitos y capacidades. Es decir, la personalidad representa la suma total de la conducta del individuo. Empero, tales definiciones tienden a ignorar los aspectos integrativos de la personalidad.

2. Las definiciones integrativas son aquellas que destacan la organización de la personalidad. Una de esas definiciones de la personalidad, por ejemplo, Cameron (1947, en Wittaker, 1984) afirma que, "la organización dinámica de los sistemas de conducta entrelazados que posee cada uno de nosotros, a medida que el individuo crece desde un recién nacido biológico hasta un adulto biosocial en un medio de otros individuos y productos culturales"

3. Las definiciones jerárquicas tienden a destacar la demarcación de funciones. La noción de Freud de tres partes en la personalidad (id, ego y superego) encaja en esta categoría de definiciones.

4. Las definiciones de ajuste son aquellas que tienden a recalcar el tipo de ajuste característico del individuo. Es decir, la personalidad es definida como las formas en que nos comportamos al tratar de permanecer en armonía con lo que nos rodea.

Whittaker, (1984) aporta su propia definición de personalidad: "es la organización única de características que determinan la norma típica o recurrente de conducta de un individuo". Con esta definición, hace notar, en primer lugar, que la personalidad es única; ninguna personalidad es exactamente como otra. En segundo, que la personalidad es considerada como si estuviera compuesta de muchas características diferentes dentro de una organización particular. Y, finalmente, la organización única de las características se ve como determinante del modelo típico o consistente de conducta.

Cada personalidad individual es considerada como el resultado final de una interacción entre un conjunto único de factores biológicos y del medio. Algunos psicólogos han llegado a la conclusión de que cada individuo debe ser estudiado por sus propios derechos. Es decir, sostienen que la comparación de los individuos no tiene significación, ya que subraya los caracteres únicos de la personalidad, y descarta las comparaciones interindividuales. A este punto de vista se le denomina idiográfico (Whittaker, 1984).

Por su parte, Braunstein (1990) menciona que, con el nombre de psicología de la personalidad, se designan los intentos de estudiar a los individuos enfocados de manera total e integrada. Esta expresión aparentemente unitaria, encubre diferencias marcadas, ya que existen tantas teorías de la personalidad como corrientes psicológicas, a las que hay que agregar aún una serie de formulaciones eclécticas, que pretenden proporcionar una teoría totalizadora, a partir de girones sustraídos de distintos enfoques. La personalidad es un objeto empírico a ser estudiado, y la diversidad de las definiciones apuntan todas al hombre como totalidad individual y diferenciada.

Calvin y Gardner (1991), exponen que pocas palabras hay tan fascinantes para el gran público como el término personalidad, aunque es empleado en varios sentidos; la mayoría de sus significados en el nivel popular responde a dos acepciones:

La primera la identifica con la habilidad o la destreza social. Supone que la personalidad de un individuo se evalúa por su eficacia para suscitar respuestas positivas en una cantidad de personas, en circunstancias diferentes. Es en este sentido como emplean el término las escuelas dedicadas a enseñar a la mujer cómo ser más atractiva cuando hablan de cursos de "formación de la personalidad"; asimismo, cuando un maestro se refiere a un alumno diciendo que presenta un

problema de personalidad, probablemente está aludiendo a que sus habilidades sociales no son adecuadas para mantener relaciones satisfactorias con sus compañeros y sus maestros.

La segunda acepción considera que la personalidad del individuo es inherente a la impresión más intensa o profunda que produce en los demás; de este modo, se afirma que un individuo tiene una "personalidad agresiva", o "sumisa", o "pusilánime"; en cada caso, el observador selecciona el atributo o la cualidad más característica del sujeto que, presumiblemente, constituye una parte importante de la impresión general que produce en los demás; en consecuencia, la personalidad de ese sujeto se identifica con el término que la designa. Ambas acepciones contienen evidentemente, elementos que encierran juicios de valor; según la descripción habitual, las personalidades son buenas o malas (Calvin y Gardner, 1991).

Pese a que la diversidad de acepciones del término personalidad en el uso corriente es al parecer considerable, su significado se halla oscurecido por la cantidad aún mayor de acepciones que los psicólogos le han atribuido (Calvin y Gardner, 1991).

Para Dicaprio (1990), el término personalidad se usa en muchas formas: puede referirse a todo lo que se sabe acerca de una persona o a lo que es único en alguien o lo típico de una

persona. El significado popular incluye rasgos como el atractivo social y la atracción de los demás. Pero, desde un punto de vista científico, todos tenemos una personalidad. Simplemente, es nuestra naturaleza psicológica individual.

Simplificando, se puede pensar en la personalidad como una identidad personal del individuo. La identidad tiene diversos componentes, algunos de los cuales son más centrales que otros: los componentes centrales definen a la persona, mientras que los componentes periféricos son limitados y están sujetos a cambios. Conforme conocemos a alguien, adquirimos conocimiento de su identidad central (Dicaprio, 1990).

Probablemente existen tantas definiciones de personalidad como autores que han escrito sobre la misma. La definición de Allport, (1937, en Goldman, 1991) es tan adecuada como cualquier otra: "se llama personalidad a la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que establecen sus adaptaciones únicas al ambiente en que vive". Personalidad indica la impresión distintiva que hace una persona de otra. Esta palabra se deriva del latín persona y connota nuestro concepto sobre la manera en que los individuos eligen y efectúan sus papeles sociales (Goldman, 1991).

También se define la personalidad como la suma estructurada y organizada (influencia recíproca), dinámica, de

factores psicológicos (cociente intelectual, afectividad, pulsiones, voluntad), espirituales (cualidades morales) y biológicas (fisiológicas y morfología), conjuntamente con factores culturales y sociales, en el comportamiento de la persona humana, que diferencia a un individuo determinado. En su génesis intervienen dos grupos de factores: geneticofisiológicos y socioculturales (Caso, 1981).

Fromm (1985) afirma que, los hombres son semejantes por que comparten la situación humana y las dicotomías existenciales que le son inherentes; y son únicos por el mundo específico con que resuelven su problema humano. La infinita diversidad de las personalidades es en sí misma una característica de la existencia humana.

Fromm (1985) entiende la personalidad como la totalidad de las cualidades psíquicas heredadas y adquiridas, que son características de un individuo y que hacen al individuo único.

Fromm (1985) habla también del temperamento, haciendo referencia a Hipócrates que distinguió cuatro temperamentos: el colérico, el sanguíneo, el melancólico y el flemático. El temperamento sanguíneo y el colérico son modos de reacción que se caracterizan por una excitabilidad fácil y una rápida alternancia del interés, siendo los intereses débiles en el primero e intensos en el último. El temperamento flemático y

el melancólico, se caracterizan por una persistente pero lenta excitabilidad del interés, siendo éste débil en el flemático e intenso en el melancólico.

Fromm (1985) dice que el temperamento se refiere al modo de reacción y es algo constitucional e inmodificable; el carácter se forma esencialmente por las experiencias del sujeto y, en especial, por las de su infancia y es modificable hasta cierto punto por el conocimiento de uno mismo y por nuevas experiencias.

Para Sahakian (1986), la diferencia entre las cualidades heredadas y las adquiridas es en general sinónimo de la diferencia entre temperamento, dotes y todas las cualidades psíquicas constitucionales, por una parte; y el carácter, por la otra.

Sahakian (1986) habla de los componentes básicos del temperamento, haciendo remembranza de cómo en los estudios del físico, el primer problema en este nivel más complejo de personalidad era descubrir y definir el criterio para una taxonomía útil. Al principio, fue necesario determinar qué componentes de primer orden están presentes en el temperamento. El método que, finalmente, ha dado resultados fructíferos, es una variación de la técnica del análisis factorial, aplicada a tasas cuantitativas en un grupo de rasgos.

La literatura sobre el temperamento, y especialmente sobre la medición de la extroversión e introversión, contiene muchas referencias donde se discuten rasgos de diferenciación temperamental (Sahakian, (1986).

Cattel (1966, en Sahakian, 1986) expone, "el análisis factorial, es un método estadístico, en el cual se cree que hay estructuras naturales, unitarias en la personalidad y que son esos rasgos, más que las clasificaciones sin fin en el diccionario". Es decir, si hay elementos naturales en forma de unidades funcionales, equivalentes a un elemento en el mundo físico, entonces sería mucho mejor comenzar los estudios, comparaciones y comprensiones evolucionistas, con las mediciones de tales rasgos.

Por otra parte, Fromm (1985) menciona que los rasgos de carácter fueron y siguen siendo considerados por los psicólogos conductistas como sinónimos de rasgos de conducta. Con este criterio, Fromm define al carácter como "el patrón de conducta característico de un individuo".

Fromm (1985) establece una comparación entre los rasgos de conducta y los rasgos de carácter. Considera a los rasgos de conducta como acciones observables por una tercera persona.

En cuanto a la estructura de la personalidad, Freud (1900) suponía que la mente está dividida en dos partes:

consciente e inconsciente. En la parte consciente se encuentran las ideas y sentimientos que pueden ser expresados verbalmente con libertad. Cuando los pensamientos o los sentimientos provocan incomodidad o ansiedad, a través del mecanismo de la represión se hacen inconscientes; por tanto, a pesar que estos sentimientos son inconscientes, Freud (1900) suponía que desempeñan un papel muy importante en la vida mental.

Whittaker (1984) piensa que estos sentimientos pueden provocar ansiedad, aunque no se sepa la razón de ella, o pueden manifestarse en sueños o en expresiones verbales o escritas; es decir, se puede escribir o decir lo opuesto de lo que conscientemente se quiere decir.

Phares (1984, en Morris, 1990) afirma que la personalidad constituye el patrón de pensamientos, sentimientos y comportamiento, que persiste a lo largo del tiempo y de las situaciones, y que distingue a las personas.

Morris (1990) menciona que, esta definición advierte dos cosas importantes: Primero, la personalidad persiste a través del tiempo y de las situaciones, es decir, la personalidad imprime cierto grado de predicibilidad y estabilidad al individuo. Y segundo, la personalidad designa los aspectos que distinguen a las personas. En cierto modo, la personalidad es

la "firma psicológica" de un individuo, puesto que es típica y exclusiva de él.

Por otra parte, Garfield (1991) se basa en los principios de Freud y menciona que la estructura básica de la personalidad consiste de tres componentes o sistemas principales. A estos componentes se les concibe como dinámicos e interactuantes y se les designa como el id, el ego y el super ego.

El id es la fuente de la energía psicológica y de los impulsos instintivos. Por consiguiente, es la fuente de los motivos e impulsos de la fuerza motivadora o impulsiva de la personalidad (Garfield, 1991).

Freud (1933) menciona que el ego está íntimamente relacionado con el id y se deriva de él. Es el principal componente que desempeña la función de ejecución o de integración dentro de la personalidad.

En el esquema de Freud (1933), el id aparece inicialmente. El ego no solamente se deriva del id, sino que el id sigue siendo la fuente de energía para toda la vida.

El super ego es el último en aparecer. Comúnmente equiparado con el término conciencia, el super ego representa, según la teoría de Freud, la interiorización o asimilación de

los sistemas moral y ético, propios de la cultura del individuo (Garfield, 1991).

Freud (1923) instaure que la personalidad está integrada por tres instancias psíquicas: el ello, el yo, y el super yo.

La función del ello es encargarse de la descarga de cantidades de excitación (energía o tensión) que se liberan en el organismo mediante estímulos internos o externos. Esta función cumple con el principio primordial o inicial de la vida, el principio del placer (Freud, 1923).

Calvin (1991), basándose en las ideas que Freud heredó a la ciencia, menciona que la finalidad del principio del placer es desembarazar a la persona de la tensión; es decir, reducir la cantidad de tensión a un nivel bajo, y mantenerlo tan constante como sea posible.

El yo, está gobernado por el principio de la realidad. Realidad significa lo que existe. La finalidad del principio de la realidad es demorar la descarga de energía hasta que haya sido descubierto o presentado el objeto real que satisfará tal necesidad (Calvin, 1991).

Calvin (1991) afirma que, no habría desarrollo psicológico si cada vez que un bebé comienza a sentir la tensión del hambre, se le alimentara de inmediato. Cuando el

ello no es satisfecho, se experimenta cierto grado de frustración y malestar. Esas experiencias estimulan el desarrollo del niño.

El nuevo desarrollo que tiene lugar en el ello como resultado de la frustración, se llama proceso primario. Durante la alimentación, el bebé ve, gusta, huele y siente la comida, y conserva estas percepciones en el sistema de la memoria. Por repetición, el alimento se asocia a la reducción de tensión, si el bebé no es alimentado inmediatamente (Calvin, 1991).

Freud (1920) habla de un proceso primario y explica la identidad de percepción. La tensión del hambre produce una imagen mnémica del alimento, con la cual está asociada. Entonces, el proceso que produce la imagen mnémica de un objeto, que se necesita para reducir la tensión, es llamado proceso primario. La finalidad del proceso primario es descargar la tensión, estableciendo una identidad de percepción. Lo que significa que la identidad de percepción es que el ello considera la imagen mnémica idéntica a la percepción misma. Para el ello, el recuerdo del alimento es exactamente lo mismo que ingerir el alimento.

Calvin (1991) explica que dentro de este proceso el ello no puede distinguir entre un recuerdo subjetivo y una percepción objetiva del objeto real. El demorar la acción

significa que el yo debe ser capaz de tolerar la tensión, hasta que ésta pueda ser descargada por una forma apropiada de comportamiento.

La institución del principio de la realidad no implica que el principio del placer sea rechazado. Sólo suspende temporalmente su interés de la realidad. A su debido tiempo, el principio de la realidad lleva al placer, aunque la persona tenga que soportar incomodidad mientras busca la realidad (Calvin, 1991).

A este desarrollo, Freud (1911) lo llamó proceso secundario. El proceso secundario se superpone al proceso primario del ello.

El proceso secundario consiste en descubrir o producir la realidad mediante un plan de acción que se ha desarrollado por el pensamiento y la razón (cognición). El proceso secundario cumple lo que el proceso primario es incapaz de hacer; es decir, separa el mundo subjetivo de la mente del mundo objetivo de la realidad física. (Calvin, 1991).

Calvin (1991), basado en las postulaciones de Freud menciona que el super yo es la tercera institución fundamental de la personalidad. El super yo viene siendo la rama moral o judicial de la personalidad. Representa lo ideal más bien que

lo real, y pugna por la perfección antes que por el placer o la realidad.

El super yo es el código moral de la persona. Se desarrolla desde el yo como una consecuencia de la asimilación por parte del niño, de las normas paternas respecto de lo que es bueno y virtuoso, y lo que es malo y pecaminoso (Calvin 1991).

Calvin (1991) afirma que, al asimilar la autoridad moral de los padres, el niño reemplaza la autoridad de ellos por su propia autoridad interior. La internalización de la autoridad paterna le permite al niño controlar su comportamiento según los deseos de los padres.

En palabras claras y sencillas, Calvin (1991) explica que el super yo está compuesto por dos subsistemas; el ideal del yo y la conciencia moral. El ideal del yo corresponde a los conceptos del niño acerca de lo que sus padres consideran moralmente bueno. La conciencia moral, corresponde a los conceptos que el niño tiene de lo que sus padres consideran moralmente malo. El super yo castiga al yo por tener malos pensamientos, aunque los pensamientos nunca se traduzcan en acciones.

1.2 rasgos de personalidad

Whittaker (1984) menciona que, en contraste con el punto de vista idiográfico de la personalidad, se encuentra el punto de vista "nomotético". Este enfoque nomotético al estudio de la personalidad supone, pues, la búsqueda de dimensiones comunes a todos los hombres, y generalmente el psicólogo que se adhiere a este enfoque describe la personalidad en término de rasgos.

Los rasgos se definen como cualquier "característica de un individuo que puede ser observada o medida" (Coleman, 1972).

El enfoque idiográfico subraya la organización de características dentro de cualquier individuo dado, y, al mismo tiempo, destaca el estudio de la "personalidad total". Los psicólogos que prefieren el enfoque idiográfico, a menudo se adhieren a una de las teorías psicoanalíticas de la personalidad (Whittaker, 1984).

En contraste con las teorías psicoanalíticas que tienden a destacar los motivos inconscientes y la primera infancia del individuo, las teorías de los rasgos se concentran en las acciones abiertas de la persona y en sus relaciones y experiencias presentes. Las teorías de los rasgos utilizan un

gran número de dimensiones que, en su mayor parte, se supone son comunes a todos (Whittaker, 1984).

Así, un individuo puede caracterizarse por ser sociable, extrovertido, emocionalmente maduro y audaz; mientras que otro es descrito como tímido, modesto, dependiente, plácido (Lundin 1974, en Whittaker, 1984).

Por otra parte, Braunstein (1990) señala que el interés por la persona como totalidad, es muy antiguo. Las preguntas sobre sí mismo y sobre sus congéneres fueron motivo de especulación filosófica y de respuestas prácticas en la totalidad de las culturas conocidas. Estas respuestas constituyen la prehistoria de esta noción que, en un momento determinado y en función de ciertas necesidades históricas, viene a ocupar el lugar central en el discurso de la psicología académica.

Braunstein (1990) explica que esta prehistoria está designada por una línea continua que arranca de la antigüedad y llega a la actualidad, donde se incluyen todos los intentos de clasificación psicológica que poseen los seres humanos, y son llamadas tipologías.

Braunstein (1990) advierte que, ante una realidad tan cambiante como es la diversidad de reacciones y modos de comportamiento de los individuos, surgen estos intentos

clasificatorios, que constituyen un primer paso para establecer orden, a fin de conducirse frente a esas reacciones. Cuando se constata fenoménicamente la existencia de algunas características o índices semejantes en medio de la diversidad de reacciones posibles, se toman esos índices como parámetros con los que se elabora un tipo o modelo ideal.

Por otra parte, Thorpe (1966) señala que se ha definido la personalidad como "lo que distingue a una persona"; como "individualidad". Cada cual tiene características que lo señalan como una persona distinta, que muestran su individualidad, que lo hacen ser "él" o "ella". Hay muchos rasgos que, combinados, elaboran la personalidad: la apariencia o rasgos físicos; los rasgos mentales; los rasgos emocionales, temperamentales, volitivos, sociales; y los rasgos especiales y aptitudes adquiridas.

Los rasgos en sí no constituyen la personalidad; sólo son sus materiales. La personalidad no es una colección o repertorio de rasgos caprichosamente yuxtapuestos, sino más bien una estructura de rasgos sobresalientes que caracterizan la presencia y la conducta del individuo (Thorpe, 1966).

Cada persona tiene maneras originales, típicas de conducirse y reaccionar, que manifiestan su personalidad. Propendemos a clasificar a las personas atendiendo a sus rasgos dominantes. Por ejemplo: a quien usualmente se muestra

jovial y optimista, se le rotula de "agradable"; del que se lleva todo por delante decimos que es un "atropellador"; al tímido y ensimismado lo llamamos "retraído" (Thorpe, 1966).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R, 1987) define a los rasgos de personalidad como "patrones sostenidos para percibir o relacionarse con el ambiente y uno mismo y para pensar en ellos, que se manifiestan en gran variedad de contextos sociales y personales importantes".

Thorpe (1966), en su libro "La personalidad y sus tipos", menciona que existen rasgos fuertes y débiles como factores en el desarrollo de la personalidad. "En cuanto el niño se asocia a una pandilla, sus rasgos fuertes comienzan a manifestarse". Si, por ejemplo, tiene aptitudes para la conducción, tratará de ejercerlas, y podrá llegar a ser el jefe de su grupo; si es alegre e ingenioso, se convertirá en un "chistoso"... Estas habilidades influirán en el desarrollo de su personalidad.

Del mismo modo, las debilidades influyen en los rasgos de la personalidad. A veces frustran una personalidad, y otras hacen que, por compensación, se desarrolle agresiva y dominante (Thorpe, 1966).

Por otro lado, Dicaprio (1990) afirma que, al igual que el sujeto tiene una identidad física, tiene asimismo una identidad personal, por la que es conocido. Así como se utilizan ciertos términos como alto, bajo, blanco, también se necesitan términos para describir la estructura de la personalidad. Describir significa "nombrar" o "rotular". Una forma en particular de descripción implica clasificar perfectamente las cosas o las personas en categorías.

Para Dicaprio (1990), una manera de obtener términos descriptivos es pensar en verbos comunes como caminar, hablar, comer, amar. Estos vocablos son descriptivos al nivel de la conducta observable, pero hay también términos que intentan describir aspectos más centrales de la personalidad. Una categoría de la descripción de la personalidad utilizada con frecuencia es el concepto de rasgo. Hay, literalmente, cientos de rasgos para describir todos los aspectos de la personalidad.

Considerando rasgos como generosidad, limpieza, tacañería. Ciertas conductas expresan un rasgo; al describir la personalidad, existe una gran ventaja "cuando podemos identificar unidades descriptivas, como los rasgos que exhiben los patrones naturales en la estructura de la personalidad. El modelo puede organizarse de forma aún más compleja, utilizando los tipos: por tanto, un tipo es expresado por diversos rasgos que tienen uno o varios elementos comunes" (Dicaprio, 1990).

Allport (1937, en Sahakian, 1986) considera que los rasgos son variables, aun en cualquier personalidad madura y pueden identificarse normalmente ciertos rasgos centrales. De esta manera también los rasgos secundarios, aunque son menos distintivos, menos prominentes y más circunscritos en su operación. Ya sea que una disposición se encuentre poco generalizada, que esté excitada por solamente un estrecho rango de situaciones de estímulo, ésta es apropiadamente una actitud más que rasgo. Es raro encontrar que se denomine una personalidad simplemente por un rasgo cardinal permanente al cual sirven disposiciones como meramente subsidiarias, foci congruente.

1.2.1 Rasgos Congénitos

Según Morris (1990), la teoría de los rasgos; sostiene que los patrones característicos del comportamiento, pensamiento y sentimientos son resultados de los rasgos del individuo.

Morris (1990) define a los rasgos como disposiciones duraderas dentro del individuo, las cuales hacen que piense, sienta y actúe en determinadas formas. Al mismo tiempo señala que es imposible observar los rasgos directamente, es decir, no se puede ver un rasgo como la "introversión", del mismo modo que se ven los ojos azules y el cabello rubio de alguien. Pero sí se puede deducir la existencia de los rasgos

observando el comportamiento del sujeto durante cierto tiempo y en situaciones heterogéneas.

Morris (1990) señala que, no se dispone de pruebas firmes de que algunos rasgos, entre ellos la asertividad, la confiabilidad y el optimismo, se hereden. El que hereda la tendencia a la extroversión puede tender a ser impulsivo, dinámico, sociable y locuaz, pero la experiencia desempeña un papel central en el desarrollo de esas características específicas. De manera análoga, si un sujeto hereda la tendencia a ser emotiva, dependerá de su experiencia el hecho de que sufra ansiedad, sea malhumorado, inquieto o agresivo.

Thorpe (1966) menciona acerca de los "rasgos congénitos": El término "congénito" se refiere a toda característica adquirida por el niño en el período de su desarrollo intrauterino. Constituye, pues, una denominación específica para los rasgos físicos y psicológicos resultantes de influencias ambientales prenatales.

1.3. Personalidad normal

Sin un cabal conocimiento de la psicopatología, es decir, del conjunto ordenado de aspectos, conceptos y definiciones relativos a las anormalidades de la vida mental, no es posible ejercer correctamente la psiquiatría clínica, ni establecer los correspondientes tratamientos y pronósticos sobre una base

sólida, ni contribuir en poco o mucho al avance de nuestro saber, tan precario y fluctuante aún, a pesar de todo, acerca de las enfermedades que fundamentan las manifestaciones psíquicas anómalas o de los modos de "estar en el mundo" que estas últimas revelan (Bash, 1965).

Tal vez no sea posible ayudar eficazmente a la sociedad a liberarse de ciertos tropiezos que obstaculizan el correcto funcionamiento de aquellas normas que constituyen base más o menos sólida de su existencia, ni tampoco (y quizás sea esto más importante) ayudar al individuo a combatir las causas biógenas, psicógenas, sociógenas o de la índole que sean, que lo han empujado hasta las aguas de la "anormalidad mental" (Bash, 1965).

Delgado (sin año, en Bash, 1965) explica que hay dos criterios de normalidad psíquica: uno, estadístico o cuantitativo; teleológico o de adecuación, el otro. Para el primero, propio de las ciencias naturales, es normal lo que se manifiesta con mayor frecuencia en la población total y según la edad, sexo, la raza, etc. Más, se pregunta Delgado, ¿donde cesa de ser normal la manifestación o manifestaciones que se consideran?, ¿no existirá lo normal, puesto que se trata de una abstracción, un ideal o término medio puramente matemático?.

La determinación teórica general de lo normal y de lo anormal, basándose en la frecuencia, es imposible cuando no se trata de desviaciones considerables o de diferencias cualitativas de alguna entidad. No se puede delimitar así entre lo psicológico y lo psicopatológico. Delgado concluye afirmando que lo que determina, en último término, entre lo uno y lo otro, es el sentido personal, en el cual interviene algo más que nuestro saber y nuestra experiencia de las cosas humanas (Bash, 1965).

El otro criterio, el teleológico. Este sería característico de las ciencias morales y, de acuerdo con él, lo normal es aquello que se conforma con lo que se aproxima a lo óptimo (Bash, 1965).

Los individuos que poseen una "personalidad sana", no tienden a manifestar estrategias inadaptadas recurrentes en sus relaciones interpersonales, no se sienten notablemente insatisfechos con el impacto de su conducta sobre los demás. Tienen la capacidad para funcionar de manera eficaz. El individuo no tiene con frecuencia alteraciones del humor, que se caracteriza a menudo por depresión o ansiedad. Las alteraciones que se llegan a presentar en una personalidad sana, se distinguen de las alteraciones que se presentan en un sujeto con "trastorno de personalidad"; pues, por definición, estas últimas son alteraciones del funcionamiento duraderas y que a veces persisten toda la vida (Goldman, 1991).

La personalidad total, según la concebía Freud, está integrada por tres sistemas principales: el ello, el yo y el super yo. En la persona mentalmente sana esos tres sistemas forman una organización unificada y armónica. Al funcionar juntos y en cooperación, le permiten al individuo relacionarse en forma eficiente y satisfactoria con su ambiente. La finalidad de esas relaciones es la realización de las necesidades y deseos básicos del hombre (Calvin, 1991).

Explica Calvin (1991): lo que significa a la inversa es que, cuando los tres sistemas de personalidad están en desacuerdo, se dice que el sujeto está inadaptado. Se encuentra insatisfecho consigo mismo y con los demás, y su eficacia se reduce.

En el sujeto bien adaptado, el yo es el ejecutivo de la personalidad; el yo es el que domina y gobierna al ello y al super yo, al mismo tiempo que mantiene un comercio con el mundo exterior en interés de la personalidad total y sus vastas necesidades. Cuando el yo cumple sabiamente sus funciones ejecutivas, prevalecen la armonía y la adaptación (Calvin, 1991).

CAPITULO II
PSICOPATOLOGIA

La psicopatología se refiere a la fenomenología de los desórdenes emocionales. Incluye tanto síntomas neuróticos y psicóticos como trastornos de conducta o de carácter. En estas últimas categorías, hay defectos en las capacidades del paciente para funcionar en los terrenos de amor, sexo, trabajo, relación social, vida doméstica y regularidad fisiológica. La psicopatología trata también de la eficacia de los mecanismos de defensa, de las relaciones recíprocas entre ellos y de su integración conjunta en la personalidad (Mackinnon, 1992).

Antes de empezar a hablar acerca de la neurosis, es importante hacer remembranza de algunos aspectos que tienen que ver con el origen de la joven ciencia psicoanalítica, ya que es, a través del psicoanálisis, que se ha podido llegar a conocer y validar el estudio de las neurosis.

Fenichel (1992) menciona que algunas personas dicen que Freud trasladó al campo de los fenómenos psíquicos los principios de la biología materialista de su época. Según otros, en una época en que las ciencias naturales estaban en su apogeo, la contribución de Freud consistió en volverse contra el espíritu de la época e imponer el reconocimiento de lo irracional y lo psicógeno, desafiando la sobrestimación del racionalismo imperante a la razón.

Fenichel (1992) se cuestiona ¿qué se debe pensar de esta contradicción? con la ayuda de un gradual desarrollo, el pensamiento científico se está imponiendo al pensamiento mágico. Durante siglos se consideró a la psicología como un campo especial de la filosofía especulativa, muy alejado del sobrio empirismo.

El psicoanálisis representa, ahora, un paso definitivo hacia un pensamiento científico en psicología, alejado del pensamiento mágico. Hay que admitir, Fenichel (1992) admite que Freud no fue pionero en considerar el campo de las manifestaciones psíquicas desde un punto de vista científico-natural. Existían ya, anteriormente, psicologías científico-naturales; pero, en comparación con las psicologías filosóficas, han constituido siempre una minoría y sólo fueron capaces de estudiar funciones psíquicas dispares.

Sólo con el psicoanálisis comenzó realmente la comprensión, sobre la base de una ciencia natural, de la multiplicidad de la vida psíquica cotidiana del hombre (Fenichel, 1992).

Fenichel (1992) hace las siguientes observaciones acerca del psicoanálisis:

El psicoanálisis, tal como está constituido actualmente, contiene elementos científicos-naturales. La psicología

científica explica los fenómenos psíquicos como un resultado de acción recíproca entre las necesidades físicas primitivas y las influencias del ambiente sobre estas necesidades.

La mente debe ser explicada en términos de constitución y medio, aunque es un concepto antiguo. Lo característico del psicoanálisis consiste en qué es lo que considera como una estructura biológica, cuáles son las influencias ambientales que reconoce como formativas y de qué modo relaciona entre sí las influencias estructurales y ambientales.

Fenichel (1992) establece que una psicología científica debe, ante todo, encuadrarse dentro de la biología. Ya que los fenómenos psíquicos sólo tienen lugar en los organismos vivos; son un caso especial de los fenómenos biológicos. Las leyes generales válidas para estos fenómenos biológicos son también aplicables a los fenómenos psíquicos; a ellos será necesario añadir las leyes especiales, válidas únicamente en el plano de los fenómenos psíquicos.

2.1 Concepto de neurosis

Para Fenichel (1992), la teoría de las neurosis guarda con la práctica de la terapéutica la misma relación que existe entre la patología y la medicina interna; adquirida ella misma en forma inductiva, por vía de la experiencia práctica, provee las bases para la práctica ulterior. Constituye un intento de

verificar lo que hay de regular en la etiología, las manifestaciones y el curso clínico de las neurosis, con el objeto de brindar un método terapéutico y profiláctico orientado en el sentido causal.

Todos los casos de neurosis poseen una etiología sexual; pero tal etiología se halla constituida por sucesos actuales en las neurastenias, e infantiles en las psiconeurosis, siendo ésta la primera antítesis importante en la etiología de las neurosis (Freud, 1898).

Freud (1924) describe las múltiples dependencias del yo, su situación intermedia entre el mundo exterior y el ello y su tendencia a servir al mismo tiempo a todos sus amos. Relacionando estas circunstancias con otra ruta mental iniciada en un punto distinto, Freud (1924) llegó a una fórmula sencilla, que integra quizá la diferencia genética más importante entre la neurosis y la psicosis: la neurosis sería el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, y, en cambio, la psicosis, el desenlace análogo de tal perturbación de las relaciones entre el "yo" y el mundo exterior.

El papel excepcional que la capacidad de desplazamiento de la energía confiere a los instintos sexuales es la que dió el punto de partida para la primera clasificación de los instintos hecha por Freud. Fenichel (1992) señala que Freud encontró que los neuróticos se enferman por el hecho de

reprimir ciertas experiencias, y que estas experiencias eran siempre representativas de deseos sexuales.

Sin embargo, Fenichel (1992) argumenta que, actualmente no se concibe la represión como un conflicto entre dos grupos de instintos, sino el conflicto es más bien de carácter estructural.

Las neurosis nacen a consecuencia de la negativa del yo a acoger una poderosa tendencia instintiva dominante en el ello y procurar su descarga motora, o a dar por bueno el objeto hacia el cual aparece orientada tal tendencia. El yo se defiende entonces de la misma por medio del mecanismo de la represión; pero lo reprimido se rebela contra este destino y se procura, por caminos sobre los cuales no ejerce el yo poder alguno, una satisfacción sustitutiva -el síntoma- que se impone al yo como una transacción: el yo encuentra alterada y amenazada su unidad por tal intrusión, y continúa luchando contra el síntoma, como antes contra la tendencia instintiva reprimida; y de todo esto resulta el cuadro patológico de la neurosis (Freud, 1924).

Fenichel (1992) explica las defensas que maneja el yo. Estas las divide en las defensas exitosas, que dan lugar a la cesación de lo que se rechaza, y; las defensas ineficaces, que obligan a una repetición o perpetuación del proceso de

rechazo, con el fin de evitar la irrupción de los impulsos rechazados.

Fenichel (1992) afirma que las defensas patógenas constituyen la base de la neurosis, pertenecen a la segunda de estas categorías, y explica que cada vez que hay impulsos opuestos que no pueden encontrar descarga y se mantienen en suspenso en el inconsciente, e incluso, a causa del ininterrumpido funcionamiento de sus fuentes físicas, se ven reforzados en su intensidad; esto crea un estado de tensión y puede producirse la irrupción. De ahí que las defensas exitosas sean de menor importancia en la psicología de las neurosis.

Los conflictos entre las exigencias instintivas y el temor o los sentimientos de culpa no son necesariamente patológicos. Lo que decide si su curso ulterior será normal o patológico es la forma en que son manejados estos conflictos.

2.1.1 Síntomas Neuróticos

Los síntomas neuróticos poseen -como los actos fallidos y los sueños- un sentido propio y una íntima relación con la vida de las personas en las que surgen (Freud, 1896).

En la clasificación de los síntomas clínicos directos del conflicto neurótico, Fenichel (1992) menciona que el conflicto

se manifiesta en ciertos fenómenos patológicos que a menudo, con todo, son llamados también neuróticos. Los síntomas clínicos de los conflictos neuróticos son: o bien expresión directa de la actividad de las fuerzas defensivas, es decir, manifestaciones de las contracatexis, o síntomas que surgen de la insuficiencia relativa del yo en el estado de estancamiento.

Los síntomas de la insuficiencia relativa del yo creados por el estado de estancamiento toman el nombre de síntomas neurótico-actuales, y son muy análogos a los síntomas de las neurosis traumáticas, ya que la disminución en la descarga, resultante del conflicto defensivo, crea la misma situación que es originada, por otro lado, por el aflujo incrementado de estímulos característico del trauma. Hay síntomas negativos que consisten en inhibiciones generales de las funciones del yo -cuyo origen puede hallarse en una disminución de la energía disponible, a causa de la energía consumida en la lucha defensiva-, y síntomas positivos, que consisten en sensaciones dolorosas de tensión y descargas de emergencia que representan tentativas de liberarse de la tensión -entre las que se cuentan las crisis emocionales y rabia- y que dan lugar a perturbaciones del sueño a causa de la imposibilidad de relajamiento (Fenichel, 1992).

2.1.1.1 Síntomas del obsesivo compulsivo

El individuo obsesivo está envuelto en un conflicto entre obediencia y desafío. Es como si constantemente se estuviera preguntando, "¿debo ser bueno, o puedo ser malo?". Esto conduce a una alternancia constante entre las emociones de miedo e ira, es decir: miedo de que se le ataque en su mala conducta y se le castigue por ella, e ira por el hecho de abandonar sus deseos y someterse a la autoridad (Mackinnon y Michels, 1992).

La mayor parte de los rasgos de carácter que definen clásicamente la personalidad obsesiva compulsiva pueden derivarse de dicho conflicto central. Así, la puntualidad, la escrupulosidad, la pulcritud, el orden y el cumplimiento estricto de las obligaciones se derivan de dicho temor de la autoridad (Mackinnon, 1992).

2.1.1.2 Síntomas del histérico

El término "histeria" es uno de los más antiguos en la literatura psiquiátrica. No obstante, sigue subsistiendo mucha confusión y desacuerdo acerca de la definición y la utilidad de este concepto. Términos como los de "histeria de ansiedad", "histeria de conversión", "carácter histérico", "carácter histriónico", y "psicosis histérica" se han utilizado para describir estados que pueden ser semejantes. El lego se sirve

del término "histérico" para describir exhibiciones emocionales no controladas (Mackinnon, 1992).

Los rasgos de carácter histéricos y obsesivos se sitúan en extremos opuestos del mismo espectro. Algunos individuos presentan mezclas de rasgos de personalidad obsesivos e histéricos. Estos están a menudo mejor integrados que aquellos que ostentan mecanismos exclusivamente histéricos. El lenguaje, el aspecto físico son un poco dramáticos y exhibicionistas. El histérico se relaciona con los demás con cordialidad aparente, aunque sus reacciones emocionales sean lábiles, variables y, en ocasiones, excesivas. Necesita una gran dosis de atención por parte de los demás, se muestra egocentrista; finalmente, la conducta atractiva y seductora sirve para obtener la simpatía o la aprobación de los demás (Mackinnon, 1992).

2.1.2 Evolución ulterior de las neurosis

Fenichel (1992) señala que, lo que determina la evolución ulterior de las neurosis es el juego recíproco entre las defensas contra las manifestaciones neuróticas y los intentos de incluir éstas en la organización de la personalidad.

Fenichel (1992) argumenta que aún no hay una fórmula general que pueda contestar, en forma breve y concluyente, por qué ciertas neurosis tienden a la curación espontánea, a la

mejoría o al estancamiento, mientras que hay otras que presentan una evolución maligna.

Fenichel (1992) sugiere distinguir en materia de curas espontáneas o mejorías, las reales de las aparentes. Una cura real supondría una solución del conflicto neurótico. En teoría, esto podría lograrse ya sea por la desaparición de los motivos que dieron lugar a la defensa, en forma tal que el instinto que era objeto de un rechazo deje de serlo, o ya sea por el éxito de las fuerzas opuestas, en cuanto a promover la reprobación definitiva del deseo infantil por vías mejores, es decir, mediante el desplazamiento de su energía a tendencias de carácter inobjetable.

Las curaciones y mejorías espontáneas de carácter "aparente" se basan en alteraciones de la situación económica que alimenta la neurosis, sin remoción completa del conflicto subyacente. Los cambios en la forma de vida pueden hacer cambiar de diferentes maneras el equilibrio economicodinámico dentro de la personalidad, y hacer que una neurosis auténtica resulte superflua. Todas las experiencias que alteran la relación entre instinto y angustia alteran también el cuadro neurótico manifiesto (Fenichel, 1992).

La neurosis estacionarias. El hecho de que algunas neurosis se estacionan a cierta altura de su desarrollo puede deberse a las mismas circunstancias que en otros casos

provocan un restablecimiento. Los cambios favorables en relación dinámica entre los impulsos reprimidos y la angustia son suficientes para controlar el apremio instintivo ulterior, que, surgiendo constantemente de sus fuentes físicas, dan lugar a un estancamiento cada vez mayor, pero no son suficientes para anular el daño ya causado hasta ese momento (Fenichel, 1992).

Finalmente, Fenichel (1992) argumenta que hay casos en los cuales no se observan felices resultados; al contrario, estos resultados se observan malignamente progresivos. En las neurosis progresivas, los instintos brotan de fuentes somáticas, y cuando no se logra una descarga adecuada, el estancamiento aumenta cada vez más. Los derivados no ofrecen nunca una descarga completa, no hacen sino postergar la catástrofe.

En las fobias, las condiciones a las cuales está sometido el sujeto adquiere una importancia cada vez mayor. Los síntomas compulsivos van adquiriendo un significado instintivo creciente, y las dudas y ambivalencias aumentan hasta un punto tal en que ya no es posible tomar ninguna decisión (Fenichel, 1992).

2.2 Trastornos de la personalidad

El DSM-III-R (1987) intenta explicar los trastornos de la personalidad, reconociendo que toda la gente tiene alguna faceta inflexible en su pensamiento o en su conducta. Lo que tienen en común todos los trastornos de la personalidad es que la conducta desadaptada se prolonga durante toda la vida; y a las personas con este tipo de problemas se les adjudican los calificativos de raro, difícil y extraño. El método del DSM-III-R (1987) para abordar los trastornos de la personalidad no consiste en verlos como problemas muy específicos (miedos intensos, depresiones o ideas paranoicas) que parecen definirse en ciertos momentos de la vida, sino como un conjunto de costumbres de toda la vida que se funden y dan forma a la conducta.

Las categorías de los trastornos de la personalidad mencionadas por el DSM-III-R (1987) son: paranoica, esquizoide, esquizotípica, retraída, histriónica, compulsiva, pasivo-agresiva, dependiente, narcisista, limítrofe y antisocial.

2.2.1 Tipos de trastornos de la personalidad

Las categorías de los trastornos de personalidad usadas por los clínicos son: paranoica, esquizoide, retraída,

histriónica, compulsiva, pasivo-agresiva, dependiente, narcisista, limítrofe, y antisocial (Sarason, 1990).

Personalidad paranóica: se caracteriza por la suspicacia y la desconfianza. Las personas paranoicas están continuamente preocupadas con la necesidad de estar alerta al peligro (Sarason, 1990).

Personalidad Esquizoide: se caracteriza por la rareza de sus pensamientos, percepciones, comunicaciones y conducta; sin embargo, las desviaciones en estos terrenos nunca son tan extremas como las de la esquizofrenia completa (Sarason, 1990).

Personalidad Retraída: como la esquizotípica, se caracteriza por el aislamiento social, que no está motivado por la necesidad de aislarse socialmente sino por el temor a ser rechazado (Sarason, 1990).

Personalidad Histriónica: se caracteriza por la superficialidad emocional y por la propensión a representar sus sentimientos como si estuviera en la escena. Las personalidades histriónicas no pueden enfocar su atención, y a menudo reaccionan con demasiada rapidez ante situaciones que requieren algún análisis y meditación. Por ese motivo suelen ser excesivamente reactivas. A esta categoría de diagnóstico

se le llama frecuentemente personalidad histérica (Sarason, 1990).

Personalidad Compulsiva: se caracteriza por la preocupación por las reglas, la organización, la eficiencia y la meticulosidad. Estas personas están tan preocupadas por los detalles insignificantes que a menudo pierden de vista la imagen general (Sarason, 1990).

Personalidad Pasivo Agresiva: se caracteriza por la resistencia indirecta a las presiones o requerimientos que perciben. Como esta resistencia es indirecta, el individuo puede parecer pasivo y dócil cuando en realidad su hostilidad está a punto de salir a la superficie (Sarason, 1990).

Personalidad Dependiente: se caracteriza por su pasividad y por menospreciarse a sí misma. A diferencia de la personalidad pasivo-agresiva, aquí no hay razón para creer que la pasividad sea una fachada que esconda fuertes tendencias de oposición (Sarason, 1990).

Personalidad Narcisista: es un trastorno caracterizado por un sentido de autosuficiencia o singularidad amplificado, y por estar sumamente absorta en sí misma. Estas cualidades a menudo encubren una autoestimación muy frágil. Los individuos narcisistas buscan constantemente la admiración y la atención (Sarason, 1990).

Personalidad Límitrofe: es un trastorno caracterizado por la inestabilidad en muchos terrenos de la vida, incluyendo las relaciones sociales, el estado de ánimo y el concepto de uno mismo (Sarason, 1990).

Personalidad antisocial: se caracteriza por un patrón de conducta básicamente hurafío, que entra en conflicto con la sociedad. Las personalidades antisociales son incapaces de sentir lealtad hacia los individuos, los grupo o los valores sociales (Sarason, 1990).

Personalidad sociopática: se caracteriza principalmente por: encanto superficial y buena inteligencia, aplomo, racionalidad, ausencia de ansiedad neurótica. Falta de sentido de responsabilidad personal. Falsedad, insinceridad, afán de manipular, conducta antisocial, sin remordimiento o vergüenza (Sarason, 1990).

2.3 Concepto de psicosis

Nivel de pensamiento generalmente desordenado, en el cual la persona es incapaz de distinguir entre la realidad y las fantasías a causa de alteración de su capacidad para someter a prueba la realidad. Las psicosis pueden ser transitorias (horas o días) o persistentes (meses o años). El déficit característico en caso de psicosis no es "pérdida de contacto con la realidad", sino pérdida de la capacidad para procesar

apropiadamente la experiencia, es decir, para distinguir entre los datos que vienen desde el mundo externo y la información que se origina en el mundo interno de preconcepciones, esperanzas y emociones. La psicosis puede definirse como la alteración de la prueba de realidad (Goldman, 1991).

El psicoanálisis ha intentado definir diversas estructuras psicóticas: paranoia (en la que incluye, de un modo bastante general, las enfermedades delirantes) y esquizofrenia, por una parte; y por otra, melancolía y manía. Fundamentalmente, es una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal (Frazier y Carr, 1980).

Kernberg (1992), en su libro "Trastornos Graves de la Personalidad", propone que: la estructura de la personalidad neurótica, en contraste con las estructuras límite y psicóticas, implica una identidad integrada.

La estructura neurótica de la personalidad presenta una organización defensiva que se centra en la represión y otras operaciones defensivas avanzadas o de alto nivel. En contraste, las estructuras límite y psicóticas se encuentran

en pacientes que muestran una predominancia de operaciones defensivas primitivas que se centran en el mecanismo de escisión. La prueba de realidad se conserva en la organización neurótica o límite, pero está gravemente deteriorada en la psicótica (Kernberg, 1992).

Kisker (1984) define la conducta psicótica como un desequilibrio muy grave de la personalidad, en el que la persona afectada muestra pérdidas periódicas o prolongadas de contacto con la realidad. Esta pérdida de contacto se refleja en desórdenes de la percepción, el pensamiento, la emoción y la orientación personal.

Este autor hace una clara distinción entre la conducta neurótica y la conducta psicótica. Mientras que la neurosis es la experiencia de un grado patológico de ansiedad, se conoce que el neurótico no pierde el contacto con la realidad. La psicosis es un desorden mental grave de mayores proporciones que, a menudo, requiere tratamiento en un hospital mental.

El neurótico suele ser capaz de funcionar con un grado más o menos aceptable de suficiencia a pesar de sus síntomas, puede ser capaz de saber cuáles son sus síntomas, aunque no sepa por qué existen. Pero, el psicótico no puede considerar sus síntomas objetivamente. Los psicóticos quedan atrapados de tal modo dentro de su desequilibrio, que pierden la perspectiva (Frazier y Carr, 1980).

Ya que, por lo común, los psicóticos no están en contacto con la realidad, ya sea constantemente o por periodos, se les considera como un peligro potencial para sí mismos y para los demás. A veces su conducta es impredecible e incontrolable (Frazier y Carr, 1980).

Otra distinción entre la neurosis y la psicosis consiste en que la persona neurótica no niega la realidad, sino que tan sólo intenta ignorarla. El psicótico, por otra parte, repudia por completo la realidad e intenta sustituirla por otra (Frazier y Carr, 1980).

2.3.1. Características de la psicosis

Kisker (1984) afirma que los signos de la psicosis reflejan trastornos de la conducta cognoscitiva, emocional e interpersonal, y menciona cuáles son los signos:

Confusión cognoscitiva: desequilibrios del pensamiento y la percepción:

La percepción y el razonamiento parecen estar muy distorsionados. La persona psicótica se vuelve desorientada, experimenta distorsiones perceptuales, y piensa de una manera desorganizada.

Desorientación:

Es uno de los signos del rompimiento psicótico con la realidad. Existe desorientación en cuanto tiempo, lugar y persona.

Delirios:

Los psicóticos suelen tener creencias que son improbables o evidentemente falsas. Estas ideas se denominan delirios. El psicótico es persistente en sus ideas delirantes a pesar de argumentos racionales. Los delirios pueden clasificarse de dos formas. La primera, de acuerdo con el grado de cohesión o sistematización del cuadro de delirios, las ideas fantásticas fluctúan desde las aisladas y asistemáticas hasta las muy organizadas. La segunda clasificación toma en cuenta el contenido. Los delirios más comunes se refieren a ideas relacionadas con persecución, sexualidad, religión, grandeza y cambios corporales.

Alucinaciones: percepciones de un mundo irreal:

La alucinación, al igual que la desorientación y el razonamiento ilusorio, es uno de los síntomas clave de la psicosis. Se dice que las personas alucinan cuando perciben objetos y eventos sin un estímulo externo apropiado. A pesar de la ausencia del estímulo adecuado, la experiencia parece

real. Las alucinaciones más comunes son las visuales y las auditivas.

La emoción psicótica: inadecuada e impredecible

La persona psicótica muestra frecuentemente varias formas de trastorno emocional. Algunas personas son impulsivas, mientras que otras parecen carecer totalmente de sensibilidad emocional. Algunas veces el síntoma adopta la forma de respuestas emocionales que resultan inadecuadas a la situación.

Comunicación críptica:

Debido al rompimiento con la realidad, y a la indiferencia por los convencionalismos sociales, el psicótico utiliza con frecuencia formas de expresión verbal y no verbal muy personales. Un desequilibrio relativamente común del lenguaje es el neologismo, una palabra nueva que tiene un significado privado para quien la inventó.

2.3.2 Tipos de psicosis

Mania melancolía

Frazier y Carr (1980) definen a la mania melancolía como una enfermedad determinada por la presencia en el mismo.

individuo de fases maníacas (su síntoma básico es la manía o euforia) y de fases melancólicas (caracterizadas por la depresión) en periodos alternativos de su vida.

Frazier y Carr (1980) señalan las características fundamentales de la fase melancólica: tristeza, disminución de la actividad normal y aparición de otros síntomas accesorios, como sentimiento de desesperanza, ansiedad, preocupaciones hipocondriacas, ideas de autoacusación y autodesprecio, sentimientos de inferioridad, tendencia al suicidio.

Las características básicas de la fase maníaca son: alegría, exaltación del estado de ánimo, exaltación de la psicomotricidad, actividad incansable del individuo, y rapidez del curso del pensamiento, ideas delirantes de grandeza, hipervaloración del yo y sensación física de placer y bienestar (Frazier y Carr, 1980).

Paranoia

Se caracteriza por la presentación de un delirio crónico, sistematizado, irrefutable a la argumentación lógica, que se relaciona con las vivencias del sujeto. Los síntomas son las ideas delirantes, que por lo general son: delirio de persecución, ideas de referencia, es decir, el individuo se siente espiado (Grinberg, 1994).

La suspicacia es uno de los rasgos de este tipo de personalidad; el individuo desconfía de los demás y sospecha de sus intenciones, buscando en su conducta significados y motivos escondidos. La justicia y la corrección constituyen dos preocupaciones principales para el individuo paranoide. Su incapacidad para relacionarse en forma realista con los demás le hace sentirse torpe e incómodo en situaciones sociales (Mackinnon, 1992).

Esquizofrenia

Las psicosis esquizofrénicas son las enfermedades mentales más graves y frecuentes, ya que la mayoría de los enfermos crónicos internados las sufren. La esquizofrenia se define como el conjunto de trastornos psíquicos en los que predomina la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes, las alucinaciones y profundas perturbaciones afectivas, como ausencia y extrañeza de los sentimientos. Este conjunto de trastornos tiende a evolucionar hacia una disociación y disgregación de la personalidad (Frazier y Carr, 1980).

Las características fundamentales de los síntomas esquizofrénicos son: la escisión de la personalidad, extrañeza y trastorno en el sentido del ser (perplejidad), alteraciones de la conducta motora en algunos casos (estupor, catatonía). Básicamente, existen cuatro tipos de esquizofrenia:

Esquizofrenia simple, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia catatónica y esquizofrenia paranoide (Frazier y Carr, 1980).

A continuación, se presenta un cuadro comparativo de los diferentes tipos de psicosis, donde se describen, de manera concreta, las características de cada tipo de psicosis: en este cuadro, se señala el tipo de pensamiento que predomina en cada psicosis; la instancia psíquica que predomina; el afecto que predomina; bajo qué circunstancias es más factible un momento de quiebre; la angustia predominante; la imago paternas que sugiere el tipo de relación que se da por parte de los padres hacia el hijo, la cual es un factor importante que favorece a un determinado tipo de psicosis; la génesis que se presenta en el cuadro comparativo señala qué etapa de desarrollo fue más amenazante; y, finalmente, se señalan los mecanismos de defensa que más se utilizan en cada tipo de psicosis.

TIPOS DE PSICOSIS	DEFINICION	CARACTERISTICAS EN GENERAL	IMAGOS PATERNAS	GENESIS	MECANISMOS DE DEFENSA
PSICOSIS EN GENERAL	Nivel de pensamiento desorganizado en el cual la persona es incapaz de distinguir entre la realidad y las fantasías a causa de alteración de su capacidad de someter a prueba de la realidad. Osea, no distingue la información que viene del mundo exterior y la información que se origina en el mundo interno.	Retención de objeto parcial. No hay conciencia de enfermedad. Alteración de la personalidad. Baja tolerancia a la frustración. Poca capacidad de dominio. Poco control de impulsos. TIPOS MANIA MELANCOLIA PARANOIDA ESQUIZOFRENIA	Padres muy agresivos (sin satisfacer las necesidades de sus hijos, en el momento adecuado).	Etapa ORAL	Escisión Proyección Introyección
MANIA MELANCOLIA	Manía y Melancolía son dos aspectos de una misma conflictiva ocurre que quien padece este cuadro notológico pasa a menudo de un estado melancólico al maniaco y viceversa, aunque casi siempre es uno el que predomina.	MELANCOLIA: Sentido de culpa, intensa tristeza aparentemente insuperable. Empobrecimiento de las funciones vitales. Manifestación de lentitud y dejadez para realizarlas. Autoestima devaluada. Ambivalencia. Totalmente inoperantes. MANIA: Omnipotencia, súbito desbordante, hiperactividad. Hablan mucho.	Son hijos de padres abandonadores.	1er. año de vida. Deprivación, Sobre estimulación, Nivel de agresión del medio.	Negación, Manía, (en el caso del maniaco) Escisión.
PARANOIDA	Son delirios persecutorios persistentes e inmutables acompañados del pensamiento claro y ordenado.	Tensión. Ansiedad. Inseguro de sí mismo, es desconfiado. No tiene conciencia de sus impulsos agresivos pero teme ser atacado. Delirio de ser controlado. "En ocasiones alucinaciones auditivas". Egocéntrico.	Padres punitivos. Las figuras paternas son altamente persecutorias, con una trayectoria rígida, definida, sin alianzas e inescapable. Si en algún momento se someten a la voluntad de los padres será únicamente por estos.	2do año de vida. General de Esfínteres se vivió rígida y persecutoria esta etapa.	Represión Desplazamiento Proyección Formación Reactiva
ESQUIZOFRENIA	Es un estado mental adolecente graves limitaciones, presenta gran dificultad para entender al mundo exterior. Etc. es debido a tipo de mecanismos con serios resultados. Y tales mecanismos no dan muy buen resultado.	Alteraciones del lenguaje y la comunicación en circunstancias de urgencia y necesidad reorganizados en palabras o palabras. Trastorno de contenido de pensamiento ideas de referencias. Trastorno de percepción (alucinaciones). Ideas delirios delirios. Ideas en el sentido del ser ignorado. Alteraciones de la conciencia memoria (olvido). Catatonia.	Recibió de los padres mensajes tan confusos y contradictorios que le imposibilitaban para tener puntos fijos de referencias acerca de cómo debe relacionarse a fin de manejar el mundo exterior ya que lo resulta incomprensible.	1er año de vida Toma elementos de la configuración edípica.	Escisión Condensación Desplazamiento

GENESIS	MECANISMOS DE DEFENSA	TIPO DE PENSAMIENTO	INSTANCIAS PSICICAS	A F E C T O PREDOMINANTE	MOMENTO DE QUEBRE	ANGUSTIA PREDOMINANTE
Etapa O R A L	Escisión Proyección Introyección	Principalmente concreto Predomina el pensamiento primario.	Falla en el juicio de la realidad (Yo). Falla en el control de impulsos (ello).	Cada tipo de psicosis presenta diferente tipo de afecto.	En cada tipo de psicosis se da un momento de quebre diferente.	Sentirse Desintegrado
1er. año de vida. Deprivación, Sobrecarga estimulación, Nivel de agresión del medio.	Negación. Manía. (en el caso del maniaco) Escisión.	Pensamiento concreto Y Mágico	Super Yo fuerte (Padre Idealizado).	MELANCOLIA: Llanto, insistencia MANIA: Elocución	Abandono, Pérdida del objeto. Separación del objeto.	Abandono.
2do año de vida. Control de Esfínteres se vivió rígido y persecutoria esta etapa.	Represión Desplazamiento Proyección Formación Reactiva	concreto	Super Yo persecutorio Ello terriblemente agresivo, y muy fuerte. Yo débil	Agresión	En el momento en que recibe, por parte de algún objeto externo, un ataque real que se caracteriza por ser impulso para con el sujeto	Sentimiento de persecución Aniquilación Muerte
1er año de vida Toma elementos de la configuración esférica.	Escisión Condensación Desplazamiento	concreto	YO Escudo SUPER YO fuerte	Afecto inapropiado Puede ser extremadamente labil	Ante un cambio producido en el ambiente externo	Angustia de 'Fin del mundo'

CAPITULO III
NEUROTICOS ANONIMOS

3.1. ¿Qué es neuróticos anónimos?

Neuróticos anónimos hace por el individuo mental y emocionalmente enfermo (neurótico), lo que alcohólicos anónimos hace por el alcohólico. Funciona exactamente igual que el método de recuperación de "A.A. World Servies, Inc." (Neuróticos anónimos, 1994).

Neuróticos anónimos es una Asociación de personas que se reúnen para resolver sus problemas mentales y emocionales siguiendo el Programa de Recuperación de alcohólicos anónimos. El único propósito de neuróticos anónimos es ayudar a las personas emocionalmente enfermas a recuperarse de su enfermedad y a mantener su recuperación (Neuróticos anónimos, 1994).

No se pagan cuotas ni honorarios para ser miembro de neuróticos anónimos, ni por recibir ayuda; las personas recuperadas ayudan a las que aún están sufriendo, todos pueden asistir a las sesiones abiertas de neuróticos anónimos. A las sesiones cerradas pueden asistir quienes sufren dolencias emocionales, en donde siempre son bienvenidos (Neuróticos anónimos, 1994).

Alchooics Anonymous World Services, Inc., amablemente ha dado su permiso a Neurotics Anonymous International Liaison,

Inc., para usar sus Pasos y su Programa como lo ha hecho con otros grupos Anónimos (Neuróticos anónimos, 1994).

3.1.1. Antecedentes de neuróticos anónimos

Antes de existir neuróticos anónimos, hubo una primera organización llamada "alcohólicos anónimos". Esta nace el 10 de junio de 1935, extendiéndose rápidamente por todo Estados Unidos de Norteamérica. En 1949 obtiene el reconocimiento por parte de la Asociación Psiquiátrica Americana en su céntesima quinta reunión anual en Montreal, Quebec. En 1951, recibe el premio Lasker otorgado por la Asociación de Salud Pública Americana, en reconocimiento a su especial y exitoso enfoque del antiguo problema de Salud Pública y Social, el alcoholismo (Soto, 1992).

Llega a uno de los grupos de alcohólicos anónimos, un médico psiquiatra llamado Grover (se dá únicamente el nombre de éste omitiendo deliberadamente los apellidos, por razón de que en esta forma se trata de conservar el anonimato de sus miembros), quien sufría problemas de alcoholismo, de los cuales se recuperó con el programa de alcohólicos anónimos, logrando recuperarse sin volver a beber ni una gota de alcohol hasta nuestros días (Soto, 1992).

Después de analizar su recuperación y el programa, se le ocurrió que éste trabajaría con otras personas emocionalmente

enfermas, aunque no fueran alcohólicas. Decidió entonces aplicarlo directamente a las neurosis (Martínez, 1983).

Trabajó con una mujer no alcohólica de Miami, Florida, quien padecía severos disturbios emocionales, misma que adoptó el Programa y se recuperó. Ella fue la neurótica anónima número uno (Neuróticos anónimos, 1994).

Fue así como nació neuróticos anónimos, siendo fundado el 3 de febrero de 1964, en Washington, Estados Unidos de Norteamérica, por el señor Grover. Comenzó entonces a publicar literatura y la envió a doctores y psiquiatras, ministros religiosos, hospitales y clínicas. Consiguió un apartado postal y puso un anuncio en un periódico; muy pronto recibió mucha correspondencia, y comenzaron las reuniones. Fue así como neuróticos anónimos fue creciendo (Neuróticos anónimos, 1994).

En 1975, llega a México neuróticos anónimos, se inicia con grupos en el Distrito Federal, siguiendo los mismos lineamientos y costumbres de alcohólicos anónimos (información verbal grupo neuróticos anónimos 1992, en Soto, 1992).

Crece rápidamente, extendiéndose a algunos estados de la República Mexicana como: Estado de México, Querétaro, Aguascalientes, Guanajuato, Zacatecas, Colima, Nayarit,

Michoacán, Chihuahua, Tamaulipas, Baja California Norte, por mencionar algunos (XII Asamblea Mexicana de Neuróticos anónimos Asociación Civil, 1994).

La Oficina Internacional de Neuróticos Anónimos": Neuróticos Anonymous Internatioal Liaison, Inc., (N.A.I.L. por sus iniciales), ubicada en Little Rock, Arkansas, U.S.A., que sirve como la Oficina de Coordinación Central de Neuróticos Anónimos. N.A.I.L., autorizó el 9 de marzo de 1974, a Neuróticos Anónimos, A.C. (constituida legalmente el 24 de septiembre de 1977) para ser el único organismo representativo en la República Mexicana que atienda al público, comités, grupos y todo lo relacionado con los servicios necesarios para la recuperación de las personas que padecen disturbios mentales y emocionales (N.A., 1994).

La Oficina Central N.A.I.L. es una corporación sin fines lucrativos, dedicada a ayudar a las personas emocionalmente enfermas a recuperarse y permanecer "bien". Mucho del trabajo de ayuda a estas personas se realiza a través de grupos locales de neuróticos anónimos, que se encuentran afiliados a esta Oficina (Neuróticos anónimos, 1994).

3.1.2. La organización de neuróticos anónimos

Existe una oficina de Servicios Generales de neuróticos anónimos atendida por sus mismos miembros, que se encargan de

la organización de todo tipo de actividades inherentes a la asociación, a nivel nacional e internacional, así como también de trabajos de tipo social; éstos con objeto de recaudar fondos que sirven para la elaboración y distribución de boletines y literatura en general; así mismo a actividades que dan a conocer a neuróticos anónimos, y la forma en que funciona en beneficio de todo aquel que tenga problemas emocionales y de los que quiera recuperarse (Martínez, 1983).

Así, también hay varias oficinas intergrupales en las cuales se encuentra un registro de todos los grupos existentes en la República Mexicana y de algunas partes fuera de las fronteras. Estas oficinas funcionan todos los días y, como la anterior, las atienden los mismos socios.

Neuróticos anónimos no hace uso de ningún tipo de publicidad en las fuentes masivas de información (pero, si se le pide, accede a condición de mantener el anonimato de los que se prestan a colaborar en forma gratuita). Su difusión se hace a nivel interno, es decir, los socios son los que transmiten cuando hay oportunidad, y de viva voz, o a través de literatura, para, como ellos dicen: "llevar el mensaje de N.A., a todo aquel que lo solicite y necesite", (García 1980, en Martínez, 1983).

Neuróticos anónimos se sostiene completamente por aportaciones voluntarias de los miembros y de los invitados a

las reuniones, con la distribución de su literatura y aportaciones de grupos de neuróticos anónimos. Todo el dinero recibido se emplea para apoyar el funcionamiento de neuróticos anónimos, negándose a recibir aportaciones de fuera (Neuróticos anónimos, 1994).

Neuróticos Anónimos, se divide en grupos. Estos son numerosos en casi toda la República y funcionan casi los 365 días del año, algunos las 24 horas del día; todos ellos son independientes uno de otros, tanto así, que ninguno tiene opción a intervenir en los problemas y decisiones internas de otros. Cada grupo decide por sí mismo todo lo relacionado con su funcionamiento, o sea, los horarios de sesiones, así como los días que se llevan a cabo las mismas.

La duración de cada junta es de hora y media como máximo (Martínez, 1983).

3.1.2.1 Descripción de un grupo de neuróticos anónimos

Para que empiece a funcionar un grupo se necesita: un escritorio o mesa, ubicado al frente, con su silla respectiva, que sea el lugar del coordinador de la junta. Un espacio donde puedan sentarse los asistentes, generalmente destinado a sillas apilables. Un baño. Una mesa con utensilios para preparar y servir café.

En alguna de las paredes, un tablero para designar las labores de cada junta, y algunos de los lemas de neuróticos anónimos. El lema más importante es el de "soló por hoy". Por consistir en una filosofía de la vida, no se encuentra en ninguno de ellos destacado en forma especial, pese a su importancia capital. Finalmente, es requisito indispensable la "Oración de la Serenidad" en la pared frontal, sobre el sitio de coordinación. El escritorio o mesa debe contener sin falta un cuaderno que sirva de bitácora, donde el coordinador apunte lo relativo a cada junta, y una campana para dar inicio y finalizar (Suárez, 1989).

3.2. Concepto de neurosis, según neuróticos anónimos

Neuróticos anónimos no usa la palabra "neurótico" en el sentido científico. Para el propósito de neuróticos anónimos, un neurótico se define como: "cualquier persona cuyas emociones interfieren con su funcionamiento en cualquier forma o grado, reconocido por él" (Neuróticos anónimos, 1994).

La neurosis es una enfermedad espiritual del alma, que consiste en soledad y causa dolor, "tan vieja como la raza humana". A lo que añaden: "no es agradable contemplar esta perversa enfermedad del alma" (Suárez, 1989).

3.2.1. Tipos de neurosis

La neurosis es la misma en todas las personas. En lo que aparentan ser neurosis diferentes, los sentimientos, actitudes y acciones son absolutamente idénticos, de forma que difieren por los detalles superficiales de su manifestación (Neuróticos anónimos, 1994).

3.2.2. Qué es un neurótico

Para neuróticos anónimos, un neurótico es definido como cualquier persona cuyas emociones interfieren con su funcionamiento en cualquier sentido y en cualquier grado reconocido por él. Es la persona que reacciona en las situaciones de la vida de acuerdo con impulsos nerviosos, emocionales, sentimentales, en vez de conforme a la razón. El porcentaje de veces que se reaccione conforme al sentimiento, indicará qué tan neurótico se es (Neuróticos Anónimos, 1971).

3.2.3. Qué es la enfermedad emocional

La enfermedad emocional es una enfermedad espiritual, es un hecho que está basado en nuestras experiencias y observaciones. Cuando se está emocionalmente enfermo, se está espiritualmente enfermo (folleto de la Salud Mental, de marzo de 1966).

La definición de "espiritual" que ofrece neuróticos anónimos, es la relación que hay con el pensamiento y emociones.

"Después de que nuestras capacidades mentales fueron probadas y de consultar psiquiatras, encontramos que nuestras mentes estaban intactas y fuimos forzados a llegar a la conclusión de que nuestra enfermedad era espiritual" (folleto de la Salud Mental, de marzo 1966).

3.2.3.1 La enfermedad emocional es la misma en todas las personas

Neuróticos anónimos asegura que, basándose en la experiencia de cientos de personas, la enfermedad emocional es la misma en todas, sin importar los detalles por los que se manifiesta. Con esto quieren decir que las causas, el sufrimiento, y los problemas causados por la enfermedad son los mismos para todos, y pueden ser curados con el mismo tratamiento (neuróticos anónimos, 1994).

3.2.4. Tratamiento que se utiliza en neuróticos anónimos, para la neurosis

En la organización neuróticos anónimos se concibe la recuperación de la persona con neurosis a través de una serie de acciones. Estas acciones son de hecho tomadas por dos

instancias fundamentales: la persona misma interesada, y el grupo de neuróticos anónimos al que acude. A cada una de estas dos partes le corresponde actuar una parte muy específica y bien delimitada del programa.

A la persona interesada le toca directamente tomar la decisión de acudir inicialmente y permanecer en el grupo; ser receptivo hacia los contenidos que se vierten en el mismo; ser sinceros en sus alocuciones hacia los demás; conservar el deseo de recuperarse; hacer el esfuerzo por cambiar; aceptar las normas del grupo y estudiar las bases teóricas contenidas en la literatura. Al grupo corresponde retener al recién llegado; infundirle confianza en los participantes; proporcionarle información básica general y aclarar sus dudas; respetar sus palabras y sentimientos vertidos en público; guardar confidencialidad hacia el contenido de sus confidencias hechas en tribuna; asignarle asesoramiento personal por medio de un miembro del grupo con experiencia; permitirle actuar dentro del grupo en labores voluntarias, y mostrarle un camino de oportunidades de acción centradas en el servicio y difusión de Neuróticos Anónimos (Suárez, 1989).

3.2.4.1. La "cura", en neuróticos anónimos

En neuróticos anónimos, aprender a amar a las personas es la "cura" para la enfermedad emocional y mental. Todos los problemas desaparecen o pueden ser inteligentemente manejados

cuando la persona ama a su prójimo. El retraimiento desaparece completamente, lo mismo que la soledad debido a que la persona ahora ama a los que le rodean y goza estando con ellos (N.A., 1994).

Para neuróticos anónimos este amor para toda la raza humana da propósito y un profundo significado a la vida. El aburrimiento y la falta de interés han desaparecido. Existe un significado en cortar la grama, quitar el polvo de los muebles, y otros trabajos, que como personas enfermas consideraban molestos (Neuróticos anónimos, 1994).

3.3 La etiología de la enfermedad y de la salud mental y emocional, según neuróticos anónimos

"La etiología de la enfermedad y de la salud mental y emocional", es un libro recién editado por neuróticos anónimos; el cual presenta reproducciones de artículos del Folleto de la Salud Mental, con el fin de fundamentar, en este caso, "la etiología de la enfermedad y de la salud mental y emocional".

A este libro, en neuróticos anónimos, le llaman también: "La nueva ortosicología que funciona"; y señala que "las personas enfermas no aprendieron a amar. Las personas sanas sí aprendieron" (Neuróticos anónimos, 1994), y que para neuróticos anónimos esta etiología es un descubrimiento de tal

importancia, que constituye una nueva y verdadera psicología, y tienen la convicción de que con su experiencia y pruebas, es comprobable y repetible como un hecho universal, esta "nueva ortosicología que funciona".

En neuróticos anónimos se tiene la convicción de que "nadie puede hacer desaparecer el egoísmo o crear amor y ninguna persona, ciencia o institución puede hacerlo por uno". Afirman que, solamente, existe una fuerza, luz, que puede eliminar el egoísmo y crear amor en cualquier persona. Ellos llaman a esa fuerza, Dios; como cada quien lo conciba. Agregan que la eliminación del egoísmo y la adquisición de la habilidad para amar sólo puede lograrse por medio de la fe, bien fundamentada en un Poder Superior (Neuróticos anónimos, 1994).

3.3.1. Información acerca de la enfermedad mental y emocional

Neuróticos anónimos transcribe del folleto de Salud Mental (mayo, 1971), un artículo escrito con mayúsculas, donde expone información acerca de la enfermedad mental y emocional:

TODO LO QUE USTED SIEMPRE QUISO SABER ACERCA DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y EMOCIONAL, pero temía preguntar.

"Es casi imposible que esta información pueda obtenerse en otra parte. Somos personas que hemos padecido de la

enfermedad mental y emocional y nos hemos recuperado, así es que podemos hablarles de los dos lados de la moneda. Podemos decirles la verdad acerca de la enfermedad, de la recuperación y la salud; cómo nos sentíamos, cómo fuimos, cómo es la tortura que se padece con esta enfermedad, qué es "locura", cómo contribuimos a enfermarnos, cómo es la enfermedad, y cuáles son las causas y su cura.

"Queremos compartir con ustedes estos "secretos", los cuales a menudo son poco aceptados por los profesionales en el campo de la salud mental" (folleto de la Salud Mental de mayo, 1971).

Estas son algunas de las razones que expone neuróticos anónimos acerca de la enfermedad:

- No es LOCURA (excepto para términos legales; los psiquiatras, médicos o psicólogos no aceptan este concepto). Las personas mental y emocionalmente enfermas SABEN lo que están haciendo, pero pueden evitarlo debido a las emociones descontroladas.
- La persona enferma no quiere estar enferma; lo que sucede es que no conoce otra forma de vivir, ser o actuar.
- La persona se enferma debido a sus defectos de carácter, tales como: ira, resentimiento, odio, culpar a otros, auto-

compasión, preocupación por sí misma, rebelión, venganza, envidia, desconfianza, pesimismo, crítica, falta de amor y preocupación por otros, y otras emociones negativas similares.

- La persona enferma debe querer recuperarse y estar dispuesta a lograrlo. Nadie podrá ayudarle hasta que verdaderamente quiera ayudarse a sí misma. Todo lo que se puede hacer por ella es tratar de guiarla a que obtenga ayuda. En otras palabras, no mime a la persona enferma pero fórcela a encarar la realidad; ésto le ayudará a alcanzar "su propio fondo emocional" y a que verdaderamente quiera ayuda.

- Esta enfermedad se caracteriza por síntomas dolorosos, tales como: depresión, culpa, ansiedad, odio hacia uno mismo, remordimiento y otras emociones tormentosas. Las personas que no han padecido esta enfermedad ignoran que quienes la padecen sufren profundos sentimientos de culpa o remordimientos por todo lo que hacen.

- Hay grados de la enfermedad mental y emocional: de leve a grave.

- La persona mental y emocionalmente enferma es capaz de acciones violentas cuando está perturbada por la enfermedad.

- Esta enfermedad interfiere en la vida cotidiana de la persona enferma, su trabajo, relaciones con otros, y todas las otras actividades que realiza.

- La enfermedad es progresiva y fatal si no se somete a tratamiento.
- No importa lo grave o antigua que sea, o cuáles sean sus manifestaciones, esta enfermedad es curable SI LA PERSONA ENFERMA VERDADERAMENTE QUIERE AYUDA. La edad, experiencia o síntomas no son un obstáculo para recuperarse la PERSONA que REALMENTE QUIERE HACERLO.
- La enfermedad mental y emocional es una cosa, con una misma causa y una misma cura.
- Miles de personas, mental y emocionalmente enfermas, se han recuperado a través de neuróticos anónimos. N.A. es un programa con el que cualquiera que desee recuperarse puede lograrlo y encontrar una vida nueva, completa, satisfactoria y saludable.
- Ya no hay excusa para estar mental y emocionalmente enfermo, ahora existe una oportunidad. Si quiere recuperarse, puede lograrlo en N.A. (folleto de la Salud Mental, mayo 1971).

3.3.2. Descripción de la enfermedad mental y emocional por neuróticos anónimos

"La letra de la canción, Y AHORA QUE, MI AMOR, es la mejor, la más bella, exacta, poética y aguda descripción de la enfermedad mental y emocional que jamás habíamos escuchado. En ella está expresado todo el sufrimiento de la persona mental y emocionalmente enferma (Folleto de la Salud Mental, abril, 1973).

Neuróticos anónimos, intenta por medio de una canción hacer un resumen de la enfermedad desde que inicia hasta que termina (abril, 1973).

Ya que, para neuróticos anónimos, los científicos, seculares, y por supuesto aquellos que han padecido esta enfermedad, han buscado desde hace mucho tiempo una descripción adecuada de la enfermedad mental y emocional, que permitiera comprenderla, saber qué es y cómo se siente. "Esta magnífica melodía nos proporciona las largamente esperadas respuesta, ya que nos muestra el mundo de la persona mental y emocionalmente enferma. Cuando Grover escuchó esta canción por primera vez, dijo: "esta es una bellísima pieza de música y una excelente descripción de la enfermedad mental y emocional. Por fin está aquí lo que tanto habíamos esperado". (abril, 1973).

"A medida que la leemos, aquellos de nosotros que hemos padecido esta enfermedad, podemos recordar e identificarnos con esta magnífica descripción de nuestro sufrimiento" (abril, 1973).

En neuróticos anónimos se tiene la certeza de que su enfermedad fue causada por el egoísmo y su consecuente incapacidad de amar.

Argumentan que los psiquiatras y psicólogos han dicho que la enfermedad mental y emocional es sólo el sufrimiento normal aumentado. Si la pérdida de una persona amada puede crear tal sufrimiento a una persona normal, el sufrimiento de la persona enferma, cuando pierde un ser querido, es mayor.

Aseguran que ahora existe un camino para recuperarse de la enfermedad, y que miles de ellos se han recuperado y se mantienen bien por medio del programa de neuróticos anónimos (Etiología de la enfermedad y de la salud mental y emocional, sin año).

3.3.2.1 La enfermedad mental y emocional, es algo completamente distinto de la salud mental y emocional

Neuróticos anónimos declara, basándose en su experiencia personal y la de miles de personas, que la enfermedad mental y emocional es algo completamente distinto de la salud mental y

emocional. Es una enfermedad que sigue una progresión continua que va de leve a grave.

Tienen la seguridad de que la salud mental y emocional es UNA CONDICION, y la enfermedad mental es OTRA CONDICION. y dicen: "no apoyamos lo afirmado por muchos, incluyendo algunos profesionales, de que todas las personas son neuróticas en algún grado. Esta declaración es ridícula y no tiene sentido, ya que establece que todas las personas están mental y emocionalmente enfermas en cierto grado. Pero hemos descubierto que esto no es verdad. Nosotros conocemos muchas personas normales, personas sanas y, por lo tanto, sabemos que este tipo de personas sí existe. Ellas no son "neuróticas" de ninguna manera, ni en ningún grado. De hecho, nosotros mismos nos consideramos normales y sanos cuando nos recuperamos por medio del programa de neuróticos anónimos. Si los que afirman que "todas las personas son neuróticos en cierto grado" no conocen a ninguna persona normal o sana, sentimos gran pena por ellos ya que nosotros sí conocemos muchas personas de este tipo. Una persona o está sana o está enferma, no hay término medio, ambos no se combinan" (diciembre , 1969).

En su literatura relatan: "cuando estuvimos enfermos, estuvimos "completamente" enfermos y en todos los sentidos. No había nada "normal" en nosotros. Si dábamos la impresión de ser "normales" en algunos aspectos, era sólo apariencia: ahora sabemos que estuvimos enfermos a tiempo completo, en todos los

aspectos de nuestras vidas y que la enfermedad invadía nuestras vidas por completo. No sabíamos lo que era "normalidad" o "salud mental" (diciembre, 1969).

3.3.3 El término psicosis para neuróticos anónimos

(Tomado del folleto de la Salud Mental de enero de 1970)

En neuróticos anónimos no se aprueba el uso de términos diferentes para diagnosticar los distintos grados de la enfermedad.

"Hemos usado la palabra psicótico, para demostrar la progresión de la enfermedad, ya que dicho término es aún muy usado tanto por los profesionales como por los que no lo son. Hemos seleccionado la palabra neurótico para nuestra sociedad, por ser el término que evitaría muchas ideas ofensivas como descripción de la enfermedad, y por ser el más suave. No quisimos usar "psicóticos anónimos" ya que creemos que no existe tal cosa como "psicosis", y así lo han establecido muchos profesionales".

Neuróticos anónimos afirma que, por su propia experiencia, sabe que la enfermedad es progresiva si no se somete a tratamiento y, con seguridad, del estado "leve" pasará al estado "grave" si se continúa actuando enfermizamente; " de los problemas leves de nuestra infancia y adolescencia, muchos de nosotros pasamos a las drogas,

tratamientos de electro shocks, tratamientos en hospitales psiquiátricos, o intentos de suicidio".

La concepción de neuróticos anónimos es que a medida que el niño "levemente neurótico" crece, y practica su "neurosis", hasta que se convierte en un floreciente "psicótico".

"Tenemos miembros que ahora están bien y felices, con los cuales los profesionales se dieron por vencidos por "incurables". A ellos les dijeron: "usted será un enfermo toda su vida. Usted estará entrando y saliendo de los hospitales". "Usted debe aprender a vivir con su enfermedad". Un profesional le dijo a una de nuestros miembros antes de que ella viniera a N.A: "Es demasiado tarde para que Dios pueda ayudarle, usted está demasiado grave".

"Invitamos a todas las personas que están MENTAL Y EMOCIONALMENTE ENFERMAS EN CUALQUIER GRADO DE DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD, A CRUZAR LA LINEA Y ENTRAR A LA SALUD MENTAL Y EMOCIONAL. Cambien a una vida diferente. Sálganse de la progresión continua de la enfermedad. Unansenos en esta salud radiante y buena. SEAN UNA CLASE DIFERENTE DE PERSONAS: ¡Siéntanse bien y felices!".

Aseguran que casi todo el mundo tiene salud mental y emocional, y padece de la enfermedad mental y emocional hasta

un cierto grado. La única diferencia es que algunas personas están más enfermas que otras.

3.3.3.1 Una promesa que neuróticos anónimos garantiza

(Tomado del folleto de la Salud Mental de diciembre de 1968)

"En Neuróticos anónimos hemos visto cómo las depresiones, fobias, ansiedades, tendencias homicidas y suicidas, alergias, asma, artritis y otras enfermedades mentales y emocionales, desaparecen y nunca más vuelven a aparecer".

En Neuróticos anónimos tenemos muchos miembros que han recibido múltiples tratamientos de shock; que por muchos años tomaron tranquilizantes, antidepresivos, píldoras para dormir y otras drogas; que tuvieron de 5 a 25 años de tratamiento psiquiátrico; que durante muchos años sirvieron en las iglesias y las sinagogas; aún así, sus depresiones y otras enfermedades nunca disminuyeron o desaparecieron, hasta que llegaron a neuróticos anónimos. Ellos fueron diagnosticados como enfermos crónicos y aún algunos fueron declarados incurables por otras formas de tratamiento, pero se recuperaron en neuróticos anónimos.

Estas personas viven ahora felices a través de neuróticos anónimos y se han liberado de esta enfermedad que incapacita. Son una prueba positiva de que este programa funciona y que las personas pueden recuperarse por medio de neuróticos

anónimos. "Nuestras enfermedades desaparecieron y nunca aparecerán mientras practiquemos el programa de neuróticos anónimos".

Neuróticos anónimos da una promesa garantizada a cualquiera que honestamente siga el programa. Esta promesa es: USTED NUNCA MAS SE SENTIRA DEPRIMIDO EN NINGUNA OTRA FORMA MENTAL Y EMOCIONALMENTE. Esta promesa comprende también a Dios (como usted lo conciba), la recuperación, la salud, la paz, la serenidad, el amor; en pocas palabras, una verdadera recuperación".

3.3.4 El sentimiento de culpa es enfermedad mental y emocional

Neuróticos anónimos establece en su literatura que, del sentimiento de culpa, la persona enferma no puede escapar hasta que encuentra el medio para librarse de esta emoción negativa. Esta organización involucra a Dios como el camino existente para librarse del sentimiento de culpa.

"Al tratar nosotros, los que hemos estado enfermos, de reducir la enfermedad y el sufrimiento a su mínima expresión, a su última parte indivisible, nos encontramos con que ésta es causada por una sola cosa: un profundo, insufrible e inevitable sentimiento de CULPA. Era este sentimiento de CULPA el que creaba todo el dolor, llevándonos a la destrucción" (agosto, 1972).

Así como Descartes intentó reducir la mente hasta sus componentes básicos a sólo aquéllo que pudiera ser conocido con seguridad, llegando a la sencilla expresión de "pienso, por lo tanto, existo", neuróticos anónimos ha intentado reducir la enfermedad mental y emocional a su más básico componente, a su último fragmento, el cual no puede reducirse más; este elemento es la CULPA.

Mientras no se elimina la culpa no hay recuperación, "es una lástima que la psiquiatría y la psicología la estén reconociendo hasta hoy y que aún tengan que darse cuenta de cuál es el verdadero significado de esta emoción en los humanos" (agosto, 1972).

Según neuróticos anónimos, todos los seres humanos nacen con un completo y profundo sentimiento de culpa. Esto se debe a que todos los seres humanos nacen egoístas y faltos de amor. Para ellos, reemplazar este sentimiento brindará salud y felicidad a cualquier edad en que sea eliminado.

3.3.5 No hay casos incurables en neuróticos anónimos

En el folleto de la Salud Mental de noviembre de 1973, neuróticos anónimos escribe con mayúsculas: NO HAY CASOS INCURABLES, NO IMPORTA CUANTO HAYA SUFRIDO POR LA ENFERMEDAD MENTAL Y EMOCIONAL, USTED PUEDE RECUPERARSE, CONTINUAR

SINTIENDOSE BIEN Y ENCONTRAR UNA VIDA COMPLETA, RICA Y FELIZ A TRAVES DE NEUROTICOS ANONIMOS.

En esta publicación se informa: "¡neuróticos anónimos tiene buenas nuevas! ¡NO HAY CASOS INCURABLES! cualquiera y todos podemos recuperarnos de la enfermedad mental y emocional y mantenernos bien, si sinceramente lo deseamos y practicamos el programa de N.A."

Neuróticos Anónimos, asegura que ha resuelto con éxito los casos que se le han presentado. Estos casos van desde personas con problemas mínimos hasta los casos más graves de la enfermedad mental y emocional. Han llegado a neuróticos anónimos estudiantes de secundaria o universitarios que enfrentan sus primeros problemas de inadaptación en sus estudios y el pánico que sienten por los exámenes; otros han llegado con amargas experiencias de tratamientos psiquiátricos, psicológicos, médicos y religiosos, así como tratamientos de shock, uso continuo de tranquilizantes, antidepresivos, sedantes y otras drogas, intentos de suicidio u homicidio y largas temporadas en hospitales psiquiátricos. Algunos incluso han sido desahuciados por su psiquiatra como incurables. ¡TODAS ESTAS PERSONAS SE RECUPERARON Y SIGUEN SINTIENDOSE BIEN A MEDIDA QUE CONTINUAN PRACTICANDO EL PROGRAMA DE N.A.! (noviembre, 1973).

"Si aquellos que han sido desahuciados por los psiquiatras, psicólogos y médicos se han recuperado y continúan bien en neuróticos anónimos, también los casos "sin esperanza" pueden curarse en neuróticos anónimos. No es teoría, es nuestra experiencia.

En neuróticos anónimos, la clase y la gravedad de la enfermedad no tiene ninguna importancia. De hecho, hay sólo grados de la enfermedad mental y emocional. Por lo tanto, la enfermedad varía sólo cuantitativamente no cualitativamente.

Tienen la seguridad de que mientras más enferma está la persona, más rápido se recupera; y mencionan que hay muchos casos que lo respaldan y lo afirman, "lo vemos suceder a menudo, pero es tan grande este milagro, que siempre nos sorprende el espectacular trabajo de Dios".

"No hay caso sin cura, venga y convéznase. Recupérese con nosotros. Si usted apenas ha comenzado a sufrir o si ya está casi al final del camino, hay esperanza, ayuda y salud, esperando por usted en Neuróticos Anónimos" (noviembre, 1973).

3.3.5.1 Dios trabaja con causa y efecto.

En neuróticos anónimos hay un programa para darse por vencido ante un "poder superior", en dicho programa se acepta a este poder, el reconocimiento de las causas de la

enfermedad, y se pide a este poder que cambie las causas, para sentirse bien. Y argumentan: "si queremos que Dios trabaje con nosotros, debemos hacerlo a su manera. No tenemos dónde escoger. La ley es la ley y no será quebrantada. Nosotros somos pruebas vivientes que la ley funciona para nosotros y ¡DIOS HACE SU PARTE!".

En neuróticos anónimos, se tiene la convicción de ese poder superior, y por eso, escriben en uno de los apartados de su literatura: "lo invitamos a bajarse de su gran trono, a admitir que es un ser humano y que en realidad es bastante débil; únase a la raza humana y acepte a un poder superior. Este es el camino para encontrar la verdadera felicidad y salud. Si alguna vez encuentra otro camino, por favor, háganoslo saber. La raza humana todavía no lo ha encontrado y no creemos que exista otro" (diciembre de 1973).

3.3.5.2 Razones por las que neuróticos anónimos necesita a un poder superior.

La primer razón que exponen es que ningún ser humano puede cambiar a un individuo, y un individuo no puede cambiarse a sí mismo. La segunda razón que argumentan es que sólo un poder superior puede hacerlo. Sólo Dios puede curar la enfermedad mental y emocional, si se le pide.

"Buscamos a un poder superior porque ya no teníamos donde escoger. Descubrimos que este poder superior funcionaba, Dios puede, lo hizo, y hará lo que ningún ser humano puede hacer, ¡este es un hecho absoluto!" (octubre de 1973).

En neuróticos anónimos se debe cambiar interiormente, cambiar las estructuras básicas de la personalidad, y para ellos, esto sólo puede lograrse con la ayuda de un poder superior.

3.3.6 La patología y la recuperación hablan el mismo idioma en todas partes

Según neuróticos anónimos, la psiquiatría proclama que la enfermedad mental y emocional es una enfermedad que está clasificada dentro de la medicina y que la terminología y su tratamiento están diseñados siguiendo la terminología y los tratamientos para enfermedades físicas, de acuerdo a los conceptos de la medicina. La psiquiatría ha creado sus propios problemas, y por lo tanto, se debe continuar usando el concepto médico y las conclusiones que se derivan de éste.

Además, argumentan que la psiquiatría deberá estar de acuerdo con ellos cuando dicen que la enfermedad mental y emocional y la recuperación son las mismas en todas partes, ya que, como médicos, saben que las enfermedades físicas son la

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

79

misma cosa y son curadas de la misma manera en todos los lugares.

Según neuróticos anónimos, los médicos proclaman que la enfermedad mental y emocional es una enfermedad física y que pertenece al campo de la medicina; por lo tanto, lo que se puede aplicar a las enfermedades físicas, puede aplicarse también a la enfermedad mental y emocional, y ésta, también, debe ser una misma cosa en cualquier parte del mundo, y debe ser curada de la misma manera en todos los lugares.

Neuróticos anónimos llega a la conclusión de que "la patología" incluye por lo tanto lo físico, lo mental y lo emocional, y ya que el tratamiento para la enfermedad mental y emocional es la "terapia hablada", la "plática" que cura en un idioma y en una cultura DEBE CURAR en otros idiomas y otras culturas, porque la enfermedad es la misma y la cura debe ser la misma.

"Mencionamos a la psiquiatría y su punto de vista, porque la psiquiatría también ha sido forzada a llegar a la misma conclusión que nosotros descubrimos a través de nuestra propia experiencia, y las experiencias de otros iguales a nosotros. ¡Cada persona que ha seguido el programa en cualquier parte del mundo, se ha recuperado!. El programa ha funcionado en todos los idiomas, en todas las culturas donde se ha puesto a prueba".

Neuróticos anónimos llega a la conclusión de que alcohólicos anónimos ha demostrado que el alcoholismo y su tratamiento es el mismo en cualquier lugar; por lo tanto, neuróticos anónimos demuestra que la enfermedad mental y emocional, y su tratamiento, es el mismo en todas partes.

3.4 Las leyes de la enfermedad mental y emocional, que rigen a neuróticos anónimos

Para neuróticos anónimos, las leyes de la salud mental y emocional han sido conocidas a través de los años. Y dicen que las personas que las han descubierto y practicado han tenido una vida feliz, saludable y completa. "Anunciamos el reestablecimiento de estas LEYES en nuestro tiempo, y por lo tanto, den también paz, felicidad y unidad a todos los que les rodean ya que tenemos estas LEYES; usémoslas todos" (enero de 1971).

Ellos expresan: "estamos agradecidos a un Poder Superior, pues creemos firmemente que El nos reveló dichas LEYES a su debido tiempo y cuando le pareció conveniente. El nos llevó directamente a ellas, pero no pudimos verlo sino hasta que fueron creadas con las partes progresivamente desarrolladas.

"Nos ayuda a creer verdaderamente en la influencia de un poder superior. Es la forma progresiva en la evolución y revelación de estas LEYES, pues nunca hubo un artículo que no

hilvanara en el desarrollo de dicha progresión. Fue como si hubiésemos sido enviados a un camino desconocido para nosotros, y, no obstante ello, arribamos a nuestro destino. Nosotros creemos que esto es exactamente lo que sucedió" (enero, 1971).

"Nosotros creemos que estas LEYES pertenecen a un poder superior, que son absolutamente verdaderas y que nos fueron reveladas para darlas a este mundo que sufre. Estas LEYES han sido probadas y comprobadas por cientos de miles de personas y satisfacen todos los requerimientos científicos que deben llenar las LEYES" (septiembre 1962).

Neuróticos anónimos hace énfasis constantemente: "esto siempre ha sido, es y continuará siendo una verdad. Si usted no nos cree, muéstranos cualquier otro camino para lograr estos objetivos. Usted no podrá encontrar otro camino; ya que nadie lo ha encontrado y por lo tanto no existe ningún otro medio" (folleto de La Salud Mental de enero de 1971, en: La etiología de la enfermedad y de la salud mental y emocional. Neurotics anonymous, sin año).

Las leyes de la enfermedad mental y emocional intentan presentar una explicación completa, real y probada, que para neuróticos anónimos responde a todos los requerimientos científicos que una teoría o explicación debe tener.

No aceptan llamar a su explicación una teoría, porque pudiese ser sometida a prueba. Para neuróticos anónimos existen hechos comprobados y, por eso, la llaman ley.

Según neuróticos anónimos, la clave para conocer, resolver y eliminar el problema de la enfermedad, es el reconocimiento de que está causada por el egoísmo innato de la persona, que le impide adquirir la habilidad para amar.

"Nos asombramos de que esta clave no fue encontrada antes. Usando esta clave, neuróticos anónimos ofrece un método por medio del cual, las personas emocional y mentalmente enfermas, pueden obtener la curación que desean, eliminar el egoísmo y adquirir la habilidad para amar".

Para neuróticos anónimos, esta simple clave que explica la causa de la curación de la enfermedad, también explica todo lo relacionado con la misma. Argumentan que todo ser humano nace egoísta y debe adquirir la habilidad para amar. Si él no la adquiere, continuará egoísta y esto más adelante le impedirá ser feliz.

Neuróticos anónimos afirma que si un niño adolece de un egoísmo innato, puede predecirse que él tendrá problemas con sus padres, sus parientes, su prójimo, sus compañeros; y más tarde, con sus jefes, sus amigos, su familia. En pocas palabras, con cualquiera y en cualquier situación. Es

absolutamente inevitable. Seguramente no habrá ningún escape hasta que él aprenda a amar.

Más tarde, él sufrirá de gran soledad, retraimiento, depresión, ansiedad, culpabilidad, remordimientos, y todas las emociones tormentosas asociadas con la enfermedad emocional y mental. El progresará en su enfermedad, si no es sometido a tratamiento, hasta llegar a una profunda psicosis; tratará de suicidarse, o tomar drogas, volverse un criminal o cualquier otra conducta antisocial. No hay esperanza para él hasta que aprenda a sobreponerse a su egoísmo y aprenda a amar.

"Las Leyes de la Enfermedad Emocional y Mental son ciertas y serán aceptadas a su debido tiempo. Las estamos estableciendo ahora, para ayudar a la raza humana. Hay cura para la enfermedad emocional y mental. La damos a este mundo que sufre, creemos estar calificados para hablarles acerca de la enfermedad emocional".

3.4.1 "Hechos" que ofrece neuróticos anónimos acerca de la enfermedad

Del folleto de la Salud Mental de octubre de 1966, neuróticos anónimos extrae una lista de "hechos" acerca de la enfermedad, que han sido descubiertos a través de su sufrimiento.

-Nosotros somos los causantes de nuestra propia enfermedad. No se puede culpar a nadie más.

-Debemos reconocer este hecho para recuperarnos.

-Estábamos extremadamente encerrados en nosotros mismos, éramos arrogantes, exigentes, emocionalmente fríos y calculadores, abusadores, avaros y llenos de compasión por nosotros mismos.

-Tratábamos de engañarnos a nosotros mismos y a otros, creyendo que éramos víctimas inocentes de la enfermedad, que éramos personas muy buenas sobre las cuales había caído esa desgracia.

-Eramos antagonistas a creer en UN PODER SUPERIOR. ESTO ES EL ORIGEN VERDADERO DE NUESTRO MAL.

-No aceptábamos órdenes de nadie.

-Rehusábamos encarar lo que éramos. Lo ocultábamos tan bien, que verdaderamente ni nosotros mismos lo sabíamos.

-Pretendíamos buscar ayuda y rehusábamos la que nos ofrecían.

-Sentíamos que éramos superiores a todo el mundo, cuando en realidad sólo estábamos escondiendo un profundo complejo de inferioridad, o, digamos, tratando de ocultarlo.

-Debido a nuestro extremado egoísmo, no podíamos sentir ningún sentimiento humano.

-No había nada malo en nuestra mente, excepto que nuestra inteligencia era anulada por nuestras emociones.

-Nosotros negamos, o tratamos de negar todas las leyes que no nos convenían.

-Tratábamos de culpar de nuestra enfermedad a otras personas y situaciones y casi logramos convencernos nosotros mismos de que era verdad.

-Sentíamos envidia, resentimiento, odio y mirábamos de menos a las demás personas".

3.4.2 "Hechos" acerca de la recuperación

De igual forma, neuróticos anónimos extrae del folleto de la Salud Mental de octubre de 1966, los "hechos" de la recuperación

- Admitir que estábamos equivocados, que los hechos arriba mencionados eran verdaderos. Que la enfermedad estaba dentro de nosotros, que éramos los autores de nuestra propia enfermedad.

-Tenemos que admitir nuestra derrota y buscar ayuda espiritual. Estábamos espiritualmente desiertos y muertos y tuvimos que rogar a Dios, como cada cual lo concibe y PEDIRLE HUMILDEMENTE QUE NOS RECUPERARAMOS, SI ESA ERA SU VOLUNTAD.

-Los DOCE PASOS DEL PROGRAMA DE NEUROTICOS ANONIMOS, al que sirve de patrón "alcohólicos anónimos", hará recuperarse a toda persona que sinceramente los practique.

3.4.3 Neuróticos anónimos no trata los problemas, trata las soluciones

Para la persona que está lista y verdaderamente quiere recuperarse y sentirse bien, neuróticos anónimos es el lugar. Esta persona escucha y absorbe las sesiones de neuróticos anónimos, y se esfuerza en practicar los Doce Pasos sugeridos del programa, y, por supuesto, se recupera y sus recompensas son grandes y muy rápidas en notarse (agosto 1969).

CAPITULO IV
METODOLOGIA

4.1 Planteamiento del problema

¿Qué tipo de perfil de personalidad destaca en un grupo de neuróticos anónimos, tomando en cuenta los rasgos de personalidad de la población que integra el grupo?.

Como preguntas de investigación, podrían plantearse las siguientes: ¿qué concepción tiene neuróticos anónimos por el término neurótico, de acuerdo con su concepción del problema?, y ¿cuáles son las acciones que lleva a cabo?.

4.2 Hipótesis

H1. De los rasgos de personalidad que poseen los sujetos que integran el grupo de neuróticos anónimos, predomina el rasgo neurótico.

H0. De los rasgos de personalidad que poseen los sujetos que integran el grupo de neuróticos anónimos, no predomina el rasgo neurótico.

4.3 Objetivos

a) Objetivo general:

El principal objetivo es explorar, a través del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), si, en

efecto, los individuos que asisten a los grupos de neuróticos anónimos poseen una estructura realmente neurótica, o bien, presentan sintomatología de una estructura psicótica, o cualquier otro trastorno de la personalidad.

b) **Objetivos específicos:**

- Aplicar el MMPI a un grupo de neuróticos anónimos.
- Obtener el perfil de personalidad de dicho grupo.
- Conocer si este perfil corresponde a una estructura predominantemente neurótica o psicótica, o a cualquier otro trastorno de personalidad.

4.4 Población y muestra

4.4.1 Población:

Todos los sujetos que acuden a cinco grupos de neuróticos anónimos, en la sección de adultos, en los municipios de Coacalco y Tultitlán, del Estado de México, y que cumplen los criterios de inclusión. (aproximadamente 50 individuos).

4.4.2 Muestra:

En este estudio se incluye una muestra de 37 sujetos, que acuden a neuróticos anónimos, la cual se considera

representativa de la población, pues constituye el 75% de la misma.

4.4.3 Criterios de inclusión:

Se incluyen los sujetos que:

- Pertenezcan a la asociación "neuróticos anónimos, A.C.",
- Acudan a la sección de neuróticos adultos.
- Con un periodo mínimo de tres meses.
- No deben estar asociados a otra entidad (ya sea, IMSS, ISSSTE, DIF, etc., o consultorio particular, donde se reciba apoyo psicológico).
- Sexo femenino y masculino.
- Cuya edad esté entre los 18 y los 55 años.

4.4.4 Criterios de eliminación:

Se excluirán a los sujetos que:

- Pertenezcan a neuróticos anónimos y que estén recibiendo tratamiento psicoterapéutico profesional, en cualquier entidad.
- Pertenezcan a la sección de adolescentes neuróticos.
- No pertenezcan a neuróticos anónimos.
- Sujetos menores de 18 años y mayores de 55 años de edad.

4.5 Obtención de datos

Los datos se obtienen a través del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).

4.5.1 Historia y descripción del MMPI

Desde hace 35 años, comenzaron a publicarse estudios sobre el cuestionario Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI).

En 1943, la editorial de la Universidad de Minnesota, publicó el material del inventario, y el primer manual de dicho cuestionario.

En 1945, la Corporación Psicológica Norteamericana se convirtió en la editorial oficial, ya que se pensó que una organización profesional de Psicología, podría ser de mayor utilidad para su difusión.

Existe desde 1946, un manual adicional que incluye la escala K, y un inventario en forma de folleto. La escala de Drake, sobre introversión y extraversión social (Si), ha sido utilizada durante varios años, y es parte del grupo de escalas que integran el MMPI.

El MMPI se utiliza para lograr una separación objetiva entre personas que poseen rasgos de personalidad alterados y no alterados.

Sirve igualmente para la selección de personal de instituciones educativas, industriales y militares.

Hathaway y Mckinley (1940), al ver la necesidad de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, multifásicamente, empezaron a elaborar las frases para dicha prueba.

La prueba que originalmente se llamó "Registro Multifásico de la Personalidad" (Hathaway y Mckinley, 1940), tuvo en cuenta, para su elaboración, el nivel cultural y educacional de los sujetos a quienes se les aplicaba, con el fin de que éstos entendieran perfectamente las frases.

El Inventario Multifásico de la Personalidad es un instrumento psicométrico diseñado para proveer, en una sola prueba, puntajes de las características más importantes de la personalidad (Hathaway y Mckinley, 1940). Las frases fueron hechas en relación a las preguntas que se hacen para elaborar historias clínicas de medicina general, neurológicas y psiquiátricas.

Son 566 frases que poseen una gran variedad de temas, desde condiciones morales, físicas y actitudes sociales.

Las frases fueron arbitrariamente clasificadas en veinte y seis clases:

- 1.- Salud en general (9 frases)
- 2.- Neurología general (19 frases)
- 3.- Nervios craneales (11 frases)
- 4.- Acción y coordinación (6 frases)
- 5.- Sensibilidad (5 frases)
- 6.- Vasomotor, alimenticio, lenguaje (10 frases)
- 7.- Sistema cardiorrespiratorio (5 frases)
- 8.- Sistema genitourinario (5 frases)
- 9.- Sistema gastrointestinal (5 frases)
- 10.- Familia y matrimonio (26 frases)
- 11.- Hábitos (19 frases)
- 12.- Ocupaciones (18 frases)
- 13.- Educación (12 frases)
- 14.- Actitudes sexuales (13 frases)
- 15.- Actitudes religiosas (19 frases)
- 16.- Actitudes políticas; ley y orden (46 frases)
- 17.- Actitudes sociales (27 frases)
- 18.- Afecto depresivo (32 frases)
- 19.- Afecto maniaco (24 frases)
- 20.- Estados obsesivos compulsivos (15 frases)
- 21.- Ideas de referencia, alucinaciones, ilusiones, ideas

- falsas (31 frases)
- 22.- Fobias (29 frases)
- 23.- Tendencias sádico masoquistas (7 frases)
- 24.- Moralidad (33 frases)
- 25.- Temas principalmente relacionados con masculinidad y femineidad (55 frases)
- 26.- Temas para indicar si el sujeto está tratando de colocarse en un nivel poco aceptable (15 frases) (Hathaway y Mackinley, 1940).

Son cuatro las escalas de validez, y diez las clínicas. Además, existen once escalas adicionales.

Originalmente, las preguntas que integran las escalas clínicas se iniciaron, basándose en el hecho de que el informe que el paciente le ofrece al médico en forma verbal, no es tan confiable o válido, como cuando esa misma información es obtenida cuando el paciente es estimulado a contestar preguntas por medio de respuestas tales como Cierto o Falso, o No puedo decir (Núñez, 1992).

Las escalas de validez son:

- a) La escala de respuestas No puedo decir (?)
- b) La escala que evalúa el grado de franqueza (L)
- c) El puntaje de validez (F)
- d) La escala de corrección (K)

Las escalas clínicas son:

- a) Escala de hipocondriasis (Hs)
- b) Escala de depresión (D)
- c) Escala de histeria (Hi)
- d) Escala de desviación psicopática (Dp)
- e) Escala de intereses masculino femenino (Mf)
- f) Escala paranoica (Pa)
- g) Escala de psicastenia (Pt)
- h) Escala de esquizofrenia (Es)

ESCALA DE HIPOCONDRIASIS (Hs)

Las personas diagnosticadas con Hipocondriasis muestran una preocupación anormal por el funcionamiento de su cuerpo. La preocupación por su salud domina su vida, y muy a menudo, restringe el grado de sus actividades y relaciones interpersonales.

ESCALA DE DEPRESION (D)

Esta escala mide factores de inseguridad, pesimismo, autocrítica, falta de tolerancia a la frustración, sentimientos de culpa.

Cuando se eleva, indica agresión manejada intrapunitivamente y posibilidad de conducta autodestructiva,

que puede ir desde la tendencia a la acción, hasta el suicidio.

Si esta escala disminuye, indica fallas en la capacidad de autocrítica y un intento de aparecer excesivamente seguro y autosuficiente.

ESCALA DE HISTERIA (Hi)

Sirve para evaluar la capacidad que tiene el sujeto para relacionarse, demandar afecto y buscar reconocimiento.

El incremento de esta escala indica que hay demandas infantiles de afecto, actitudes histriónicas y exhibicionismo.

Si disminuye, existe una tendencia marcada a la independencia y a la evitación de convencionalismos para relacionarse.

ESCALA DE DESVIACION PSICOPATICA (Dp)

Esta escala valora impulsividad y falta de control. Se puede elevar cuando existe la tendencia a sacar impulsivamente algunos aspectos agresivos y antisociales.

Cuando es baja, muestra las mismas características que cuando es elevada, pero difiere en que aquí existe un control de parte del sujeto.

ESCALA DE INTERESES (Mf)

Mide las tendencias hacia los patrones de intereses masculinos o femeninos. Los puntajes T se presentan por separado para los dos sexos. (Hathaway y Mckinley, 1992).

Alta en hombres, indica intentos de aparecer que se es sumiso, tolerante y tranquilo.

Cuando es baja, indica intentos marcados de exagerar las características masculinas que marca la norma social.

En mujeres, cuando se incrementa, pretenden mostrar fortaleza, decisión, estabilidad, autosuficiencia.

Si esta escala es baja, muestra sumisión y tolerancia.

ESCALA PARANOICA (Pa)

Mide conducta de cautela, suspicacia, desconfianza y hostilidad hacia el medio ambiente.

Cuando se eleva, indica ideas de referencia e injusticia. Indica también problemas en las relaciones interpersonales.

temor a la crítica, y descargas agresivas a la situación del ambiente.

Si esta escala baja, indica lo mismo que cuando se eleva, pero en esta ocasión hay un control sobre estas características. Estos sujetos explotan ante un estímulo intrascendente. Generalmente, estas personas crean mucha inseguridad a su alrededor, pues nunca se sabe cómo van a reaccionar.

ESCALA DE PSICASTENIA (Pt)

La escala (Pt) mide exceso de tensión y angustia. Implica una conducta compulsiva y fóbica.

Si esta escala se incrementa, va a indicar ideas fijas de contenido intrascendente, y, si es aún más alta, se puede pensar en ideas obsesivo compulsivas.

Cuando esta escala se encuentra baja, indica que el sujeto trata de mostrar un buen control sobre su ansiedad.

ESCALA DE ESQUIZOFRENIA (Es)

La escala (Es) distingue cerca del 50% de los casos observados diagnosticados como esquizofrenia. Indica tendencias a aislarse y a fantasear.

La escala Es se encuentra elevada en personas que tienden a fantasear, confundiendo los límites entre lo real y lo irreal; o bien en personas con dificultad para relacionarse, por lo que frecuentemente se aíslan.

Si esta escala baja, indica que el sujeto ha tratado de dar una buena imagen de contacto con la realidad, de tener buenas relaciones y gran tolerancia a la frustración.

ESCALA DE HIPOMANIA (Ma)

Mide el factor de personalidad característico de personas con marcada productividad en pensamiento y acción. Es la escala de la energía, en cuanto a alcanzar metas de una persona.

Si la escala se eleva, se puede interpretar como alegría, optimismo, ganas de hacer cosas, pero ya con cierto caos para organizar esta energía.

Si esta escala es baja, indica restricción de la energía.

ESCALA DE INTROVERSION Y EXTROVERSION (SI)

La escala Si mide la tendencia a aislarse del contacto social, o bien, la tendencia a la constante búsqueda de contacto social.

Si se eleva, muestra conducta de introversión, conducta autoreflexiva.

Cuando esta escala disminuye, indica conducta extrovertida, contacto aparente con el ambiente, comunicación fácil, y una frecuente búsqueda de dominio sobre los que le rodean.

ESCALAS ADICIONALES

La utilización de las escalas adicionales recientes se usan generalmente en casos especiales. Las más importantes son: A (primer factor de Welsh), R (segundo factor de Welsh), Es (fuerza del ego), Lb (dolor en la región lumbar), Ca (caudal), Dy (dependencia), Do (dominio), Re (responsabilidad social), Pr (prejuicio), St (estatus social), Cn (control).

4.5.2 Administración, calificación y trazo del perfil

Es necesario que la aplicación sea llevada a cabo por una persona con entrenamiento previo, puesto que se requiere saber manejar a los sujetos estudiados; comprenderlos y respetarlos, debido a que ésta será la única forma de hacerlos comprender que todas sus respuestas son importantes, y que las mismas se utilizarán con discreción y ética profesional.

El sujeto, para poder responder en forma adecuada, debe haber cursado la secundaria, como estudios mínimos.

El sujeto debe leer las instrucciones. Después de haber leído éstas, el examinador debe estar seguro de que el sujeto ha entendido.

El promedio para contestar la prueba es de una hora y media.

Son dos formas las que se conocen para el MMPI. La forma original, usa una caja en la que, en tarjetas, se presentan por escrito las frases, las cuales el sujeto lee, para después colocarlas, según conteste cierto o falso, dentro de otra caja, previamente preparada. En la segunda forma, que es más sencilla, el sujeto examinado sólo debe marcar en una hoja de respuestas con un lápiz, si la respuesta es cierta o falsa.

La prueba puede aplicarse en forma individual o en grupo.

En las pruebas en grupo, el examinador deberá leer cuidadosamente las preguntas, pronunciándolas adecuadamente y con claridad, comunicándole a los sujetos el interés en lo que están haciendo, y lo deseable de la cooperación del examinado. La actitud debe ser firme pero amistosa, evitando que los sujetos se comuniquen entre sí, comenten las respuestas, y, mucho menos, que bromeen sobre éstas.

En casos de prueba individual, se debe tratar de producir igual impresión. Es fundamental disipar cualquier duda antes de que el examinado empiece a contestar.

Para la interpretación del Inventario, se sugiere observar con cuidado la hoja de respuestas y anotar el número de respuestas omitidas; se cuenta adecuadamente el número de respuestas que caen dentro de las plantillas, anotando las puntuaciones en bruto de las diferentes escalas, convirtiendo esta puntuación en puntuación T, y se trazan cuidadosamente los perfiles, para lograr el cuadro que ofrece la clave de dichos perfiles en la forma más exacta.

Los puntajes bruto se obtienen colocando la clave sobre la hoja de respuestas, se ven los lugares marcados o rellenados con lápiz, y se cuentan, anotando al margen de la hoja, los resultados.

Una vez contados los puntajes bruto, se pasa a la hoja de perfil, utilizando el lado que corresponda al sexo del sujeto.

Debemos observar, antes de trazar el perfil, que en el formulario de perfil, por debajo de la línea de puntajes bruto, se encuentre una línea con un espacio denominado "agregar factor K".

Cuando han sido determinadas estas acciones, en el formulario de perfil en los espacios apropiados, se anotan los nuevos valores de los puntajes bruto de las variables, con la corrección K. A partir de esto, ya se traza el perfil.

Se debe tener en consideración si la persona comprendió el material de la prueba de acuerdo con sus datos generales; es decir: edad, sexo, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico, etc. ¿Contestó todas las proposiciones?, ¿trató de exagerar o de minimizar sus problemas?. Hay que considerar, también qué relación existe entre las escalas de validez y las escalas clínicas.

El siguiente paso consiste en interpretar la configuración de las escalas clínicas. Aunque la puntuación más elevada es el principal punto de referencia, se debe buscar si esa escala tiene relación con las demás.

Generalmente, se toma como punto crucial la escala, o escalas, más elevadas en el perfil. Algunos psicólogos prefieren comenzar por interpretar las escalas más elevadas del perfil, señalando las características comunmente encontradas en estas combinaciones. Otros prefieren interpretar escala por escala, comenzando con las de validez y continuando con las clínicas, en el orden en que se encuentran en el perfil. Las dos formas son útiles, y, con ambas, se llega a la interpretación completa del perfil.

El nivel: es la relación existente entre las escalas del grupo neurótico y las del grupo psicótico.

La elevación: se refiere a los valores absolutos de las puntuaciones T situadas en las líneas verticales del perfil.

El psicograma: es el trazo que se realiza en una hoja que tiene líneas horizontales y puntos que corresponden a los valores de las escalas. Una línea gruesa negra atraviesa horizontalmente la parte central, al nivel de la puntuación de la media aritmética obtenida para cada una de las escalas básicas con el grupo normal que se seleccionó en Minnesota.

Otras dos líneas horizontales gruesas negras se encuentran al nivel de las puntuaciones T 30 y 70. Estas dos líneas indican puntuaciones que caen dos desviaciones estándar abajo (30) y arriba (70) de la media aritmética.

Las puntuaciones superiores a la media indican grados de semejanza creciente al de los diversos grupos clínicos que se utilizan en la estructuración de las escalas.

Dentro de las líneas marcadas con 30 y 70, se encuentran los perfiles que generalmente son conocidos con la variación de puntuaciones normal.

La elevación de las puntuaciones en el perfil es uno de los rasgos principales de la configuración del psicograma, pero, también, es importante la fase del perfil y sus declives.

La elevación del perfil se discute en la interpretación del Inventario, como también se formulan hipótesis sobre el cuadro o psicograma de las escalas, siendo éstas interdependientes.

Se ha recalcado que en la utilización clínica del MMPI, la escala individual no debe ser evaluada en un perfil, sino en el cuadro que ofrece al cuadro total de escalas, en las que se incluyen índices de validez.

El número de cuadros posibles es indefinido. Para que los diferentes cuadros nos sean de utilidad, se creó un sistema de calificación en clave que puede utilizarse, el cual descarta mucha información, pero reduce a un tamaño más práctico el número de claves de perfiles. Cuando se formula la clave, se codifica cada escala con un número, en tal forma que Hs se convierte en 1, D en 2, Hi en 3, Dp en 4, Mf en 5, Pa en 6, Pt en 7, Es en 8, y Ma en 9; con cero Si. Es posible codificar un perfil por medio de un método sencillo, ya sea el de Hathaway, o el de Welsh.

A continuación se presenta el sistema de codificación de Welsh.

- 1.- Anotar los dígitos representativos de las escalas T de mayor a menor.
- 2.- Para separar las calificaciones T, se usan estos signos convencionales:
 - Si alguna escala es superior a T 90, se utiliza un asterisco (*).
 - Si es superior a T 80, pero sin llegar a T 90, se utilizan dos símbolos de prima (").
 - Entre T 70 y T 79, se utiliza un símbolo de prima (').
 - Las escalas entre T 60 y T 69, se anotan con un guión (-).
 - Entre T 50 y T 59, se utiliza una diagonal (/).
 - Entre T 40 y T 49, se utiliza dos puntos (:).
 - Entre T 30 y T 39, se utiliza el signo (#).

De esta manera, todas las puntuaciones T menores quedan a la derecha de #. Las escalas de validez se anotan a la derecha de las escalas clínicas utilizando los símbolos mencionados de acuerdo con las correspondientes puntuaciones T ya mencionadas. Se subrayan escalas con valores semejantes a la escala que aparece primero en la numeración ordinal.

4.6 Tipo de investigación

Es un estudio de campo el que se lleva a cabo en esta investigación, puesto que no hay control de todas las variables que intervienen en la situación de los sujetos, además de llevarse a cabo en su medio natural.

4.7. Niveles de investigación

El nivel de la investigación es de tipo exploratorio, porque existen pocos conocimientos respecto al tipo de perfil que predomina en los grupos de neuróticos anónimos, siendo ésta una de las primeras aproximaciones al respecto.

4.8 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación que se lleva a cabo en este estudio, es cuasi-experimental y *expost-facto*.

En los diseños cuasi-experimentales, no se controlan los efectos de una o más variables extrañas, y tal es el caso de este estudio (Grados, 1985).

Se considera *expost-facto*, porque se realiza después de los hechos; es decir, los sujetos ya presentan sus características antes de la investigación y no se inducen o provocan experimentalmente.

4.9 Procedimiento

Para poder establecer contacto con cualquier grupo de neuróticos anónimos, es necesario acudir, como primer paso, a la oficina de servicios generales de neuróticos anónimos, la cual está ubicada en Isabel la Católica No. 25 desps. 14 y 15, en la colonia Centro. Ahí se encuentra el Sr. Daniel Ruz, que es el Gerente General de neuróticos anónimos en el Distrito Federal. El cuenta con una amplia agenda, donde están todas las direcciones del Distrito Federal, del Estado de México, y de todos los estados de la República que cuenten con el servicio de neuróticos anónimos; y estas direcciones están distribuidas dentro de las delegaciones o municipios según corresponda, y pueden identificarse también en un mapa grande donde es más fácil ubicar su dirección.

El Gerente General de neuróticos anónimos proporcionó las direcciones de todos los grupos que están ubicados en el Estado de México, en los Municipios de Tultitlán y Coacalco.

Se acude a estos grupos, y después de hacer una presentación y solicitar su cooperación para la realización de la tesis, se pide a los sujetos de cada grupo, que contesten un breve cuestionario (ver anexo 1), donde se piden datos generales, tiempo de asistir a neuróticos anónimos, y si está de acuerdo para contestar un "cuestionario" en forma anónima es decir el MMPI.

Cuando los sujetos han contestado este breve cuestionario, se seleccionan a todos aquellos quienes cumplen con los requisitos de inclusión; después se seleccionan sólo aquellos que estén de acuerdo en contestar el "cuestionario" en forma anónima, es decir el MMPI.

Una vez que se tienen a todos los sujetos que cuentan con los requisitos de inclusión y están de acuerdo en contestar el cuestionario, se entrega una hoja de respuestas y un cuadernillo de preguntas, con un lápiz con goma, a cada sujeto. Se explica la forma en tienen que contestar cada pregunta, y se les lee el ejemplo del cuadernillo de la primera hoja; se hace el comentario de que, si marcan alguna respuesta ya sea verdadero o falso y no se está seguro, se puede borrar y marcar la respuesta que vaya de acuerdo con el

sujeto. Se pide a los sujetos que en la hoja de respuestas no escriban su nombre. Esto es para respetar los lineamientos de neuróticos anónimos, que es el anonimato. Se pregunta si existe alguna duda; si no hay dudas, entonces proceden a contestar.

Ya que están contestadas todas las hojas de respuesta, se recogen los cuadernillos y las hojas de respuesta. Para la calificación, se procede a separar en dos grupos las respuestas de los hombres y las respuestas de las mujeres, ya que el MMPI así lo establece. Esto se hace sin la finalidad de hacer una comparación, entre las respuestas de los hombres y de las mujeres.

Para poder reunir una muestra significativa, es necesario acudir a cinco grupos de neuróticos anónimos, y se observa que en cada grupo predomina el número de mujeres que asisten a neuróticos anónimos sobre los hombres: en uno de los grupos, se encuentra que sólo asisten mujeres. Entre estos cinco grupos existen 50 sujetos, aproximadamente, que cumplen con los requisitos de inclusión para la muestra, de los cuales sólo 37 sujetos están dispuestos a contestar la prueba de personalidad.

Estando ya separadas las hojas de respuestas, se procede a calificarlas con las plantillas que incluye el MMPI para cada escala. De esta forma se obtiene la puntuación natural,

posteriormente se vacían estos datos en la hoja de perfil y sumario del Inventario Multifásico de la Personalidad; se escribe la puntuación natural y se grafica, sacando la puntuación T.

Estos datos se pasan a una tabla. En este caso son dos tablas, la tabla 1 y la tabla 2, ya que son dos grupos: uno de hombres y otro de mujeres, respectivamente. En la tabla correspondiente, se vacían las puntuaciones naturales y las puntuaciones T, sacando su total y su promedio. Posteriormente, con el promedio de la puntuación natural y el puntaje T, se procede a graficarla en la hoja de perfil y sumario del Inventario Multifásico de la Personalidad del MMPI, para, después, proceder a la Interpretación de estos resultados promedios.

CAPITULO V
RESULTADOS

5.1 Tablas de resultados de la aplicación del MMPI

Con base en los lineamientos que nos marca el MMPI para la calificación de las pruebas, se forman dos grupos: masculino y femenino, ya que el MMPI tiene un perfil para cada sexo. Es por eso que se presentan dos tablas, una para cada grupo, sin pretender hacer una comparación de los resultados.

La tabla 1 muestra los resultados de los sujetos femeninos; y la tabla 2 muestra los resultados de los sujetos masculinos. En ambas tablas se señala el número de sujeto, se presentan los resultados tanto de las escalas de validez como de las escalas clínicas. Cada escala se divide en dos, N y T. Es decir, N se refiere a la puntuación natural; y T, al puntaje T.

Posteriormente, se encuentra otro renglón que señala el puntaje total de los sujetos, con el factor K incluido. Finalmente, se presentan los puntajes promedios, de los sujetos mismos que conforman el psicograma del perfil predominante en estos grupos.

Los puntajes T 70 o superior a éste, se encuentran sombreados para facilitar su identificación.

**TABLA 1 DE RESULTADOS DE
DE LA APLICACION DEL MMPI
MUJERES**

Nro. de sujetos	L		F		K		Hs		D		Hi		Dp		Mf		Pa		Pt		Es		Ma		Is	
	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T
1.-	2	43	20	87	10	46	21	67	21	53	23	56	20	53	28	68	16	73	38	71	43	81	24	68	19	44
2.-	2	43	10	66	7	40	18	60	19	49	13	40	14	39	16	92	11	59	19	40	14	37	12	38	16	41
3.-	7	60	14	76	9	43	21	66	19	49	15	43	22	56	16	92	10	56	25	50	24	52	16	48	19	44
4.-	4	50	13	73	6	38	14	52	18	47	17	47	13	36	29	66	10	56	22	45	32	64	19	55	22	47
5.-	1	40	3	50	6	38	11	46	8	28	11	36	21	55	14	86	12	62	15	33	20	46	18	53	20	45
6.-	6	40	13	73	18	61	14	52	28	67	21	54	20	53	33	57	5	41	43	79	41	78	23	65	34	61
7.-	6	40	2	48	6	38	7	37	22	55	19	50	19	50	31	61	8	50	17	36	19	44	18	53	26	51
8.-	5	53	11	68	5	36	13	50	31	73	27	64	32	81	42	47	7	47	40	74	31	63	13	40	40	67
9.-	5	53	7	60	14	53	18	60	28	67	33	75	24	62	37	49	11	59	35	66	25	54	14	43	35	62
10.-	6	40	11	68	8	42	19	62	23	57	28	66	30	76	29	66	23	94	35	66	31	63	20	58	25	50
11.-	3	46	7	60	10	46	27	78	27	65	28	66	34	86	27	70	22	91	39	73	31	63	19	55	25	50
12.-	5	53	9	64	6	38	18	60	22	55	28	66	29	74	29	66	21	88	35	66	26	55	18	53	29	54
13.-	10	70	9	64	20	64	33	91	27	65	33	75	37	93	31	61	22	91	52	94	49	91	29	81	35	62
14.-	4	50	6	58	3	33	13	50	14	40	17	47	21	55	27	70	7	47	14	32	16	40	16	48	23	48
15.-	4	50	6	58	13	51	13	50	18	47	19	50	19	50	35	53	9	53	26	51	23	50	16	48	22	47
16.-	6	40	6	58	18	61	19	62	24	59	23	56	28	71	31	61	15	70	35	66	33	66	21	60	36	63
17.-	7	60	4	53	22	68	29	82	28	67	26	63	26	67	35	53	12	62	33	63	32	64	18	53	27	52
18.-	7	60	9	64	22	68	30	85	36	82	30	70	21	55	36	51	10	56	37	69	30	61	15	45	30	55
19.-	7	60	5	55	17	59	20	64	25	61	28	66	25	64	28	68	9	53	32	61	33	66	19	55	40	67
20.-	2	43	2	48	7	40	12	48	27	65	23	56	17	46	39	45	11	59	24	48	23	50	17	50	30	55
21.-	4	50	6	58	15	56	18	60	20	51	24	59	15	41	35	53	10	56	23	46	23	50	13	40	35	62
22.-	9	66	8	62	20	64	28	80	33	76	32	73	23	60	38	47	10	56	31	60	33	66	20	58	27	52
23.-	7	60	6	58	17	59	18	60	23	57	27	64	25	64	35	53	12	62	35	66	30	61	16	48	13	38
24.-	6	40	9	64	13	51	21	67	22	55	18	49	23	60	41	41	9	53	24	48	24	52	13	40	19	44
25.-	8	63	8	62	16	57	27	78	33	76	32	73	29	74	32	59	13	65	32	61	33	66	21	60	38	65
26.-	7	60	9	64	18	61	25	74	28	67	24	59	30	76	28	68	16	73	34	65	27	57	22	63	30	55
27.-	4	50	13	73	9	43	22	68	22	55	27	64	22	57	31	61	13	65	33	63	34	67	20	58	10	35
28.-	4	50	4	53	11	48	16	56	19	49	20	52	18	48	38	47	9	53	29	56	25	54	14	43	15	40
TOTAL	148	1433	230	1745	346	1402	545	1765	665	1637	666	1639	657	1702	871	1711	343	1750	857	1648	805	1661	504	1479	740	1456
promedio	5.28	51.17	8.21	62.32	12.35	50.07	19.46	63.03	23.75	58.46	23.78	58.53	23.46	60.78	31.10	61.10	12.25	62.5	30.60	58.85	28.75	59.32	18	52.82	26.42	52

**TABLA 2 DE RESULTADOS DE
LA APLICACION DEL MMPI
HOMBRES**

No. de sujetos	L		F		K		Hs		D		Hi		Dp		Mf		Pa		Pt		Es		Ma		Is	
	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T
1.-	4	50	10	56	12	49	15	59	25	70	20	56	25	64	29	67	18	79	30	65	34	74	23	65	30	55
2.-	4	50	17	84	7	40	16	62	24	68	21	58	29	74	26	61	21	88	36	77	39	82	28	78	32	58
3.-	2	43	5	56	12	49	12	52	24	68	19	55	22	58	38	57	6	44	31	66	26	57	19	55	34	60
4.-	4	50	3	50	11	44	15	59	17	51	20	56	20	53	31	71	9	53	26	56	23	51	16	48	22	47
5.-	7	60	10	66	7	40	16	22	25	70	30	75	29	74	30	69	17	76	37	79	29	63	16	48	30	55
6.-	4	50	5	56	5	36	13	54	20	58	25	65	30	77	23	54	23	94	30	65	27	59	15	45	22	47
7.-	7	60	4	53	18	61	25	85	27	75	32	78	22	58	22	57	9	53	26	56	24	53	14	43	20	45
8.-	3	46	3	50	10	46	25	85	25	70	35	84	24	62	25	59	15	70	38	81	32	69	24	68	32	58
9.-	5	53	10	66	10	46	25	85	26	72	34	82	25	64	30	69	14	67	35	75	40	84	23	65	28	53
TOTAL	40	462	67	537	92	411	162	563	213	602	236	609	226	584	254	564	132	624	289	620	274	592	178	515	250	478
PROMEDIO	4.44	51.33	7.44	59.66	10.22	45.66	18	62.55	23.66	66.88	26.22	67.66	25.11	64.88	28.22	62.66	14.66	69.33	32.11	68.88	30.44	65.77	19.77	57.22	27.77	53.11

5.2 Interpretación y discusión de resultados

En este apartado, se presenta la interpretación del perfil que se obtiene tanto de las mujeres como de los hombres. Hay que recordar que en cualquier prueba de personalidad, lo que se obtiene son muestras de la conducta del sujeto; por lo que ninguna prueba de las actualmente conocidas ofrece un cuadro adecuado de la personalidad estudiada. Siempre es recomendable obtener información no sólo de la que ofrece la prueba, sino también a través de otros medios.

En este caso, se toman en cuenta datos de casos individuales presentados en tribuna por algunos sujetos. Estos casos no se describen aquí, pero sí se han considerado para una interpretación más acertada.

Estos resultados son interpretados escala por escala, empezando por las escalas de validez y continuando con las escalas clínicas. Se analiza primero a los sujetos femeninos y, posteriormente, a los masculinos.

En la escala L, en el grupo de mujeres, hay un puntaje T de 53. Actualmente no existen datos consistentes que puedan considerarse significativos.

Las personas que se encuentran con una puntuación T 63 en la escala F, generalmente son descritas en los informes psicológicos como personas con adecuada adaptación psicológica, que pueden tener algunas reacciones emotivas. Dentro de este grupo, también se han encontrado pacientes con problemas neuróticos o desórdenes de carácter, que generalmente se ven en los servicios hospitalarios de consulta externa.

Por otra parte, Lachar (1974 en Núñez 1992), en una de sus hipótesis interpretativas por elevación de escalas, señala que una elevación de T 63 en la escala F, implica independencia de pensamiento y negativismo. Son personas temperamentales, insatisfechas, inquietas y malhumoradas, obstinadas en sus opiniones e inestables. Varios grupos de personas presentan esta elevación, como los neuróticos agudos y desórdenes del carácter. Personas normales poco convencionales e inusuales en algún sentido. Reflejan problemas específicos en situaciones sociales.

En la escala K, las mujeres tienen una elevación T de 50. Lachar (1974) señala que los individuos que presentan una elevación T entre 46 y 60, indican el típico normal, y muchos pacientes psiquiátricos presentan esta puntuación. Se indica aquí un equilibrio entre abrirse y protegerse uno mismo; es decir, estas personas son libres y abiertas en sus autodescripciones y admiten sus limitaciones.

Dentro de las escalas clínicas, en la escala de hipocondriasis se encuentra una elevación T de 63, según las investigaciones de Lachar (1974). Las personas con esta elevación expresan interés significativo acerca de su salud; otras presentan quejas somáticas difusas y vagas, preocupación por su salud.

En la segunda escala, que tiene que ver con reacciones depresivas, rasgos de angustia, melancolía involutiva y depresivos agitados, se obtiene una puntuación T de 58, equivalente a una puntuación natural de 23.7. Lachar (1974) encuentra que dentro de esta puntuación están personas levemente depresivas, preocupadas y pesimistas, lo que puede resultar de situaciones temporales que les preocupan; esta elevación refleja características más estables y duraderas.

En la tercera escala Hi, se obtiene una puntuación T 58. Todavía no se encuentran significados consistentes a este nivel.

En la cuarta escala Dp, se presenta un puntaje T 61. Lachar (1974) señala que las personas dentro de este grupo son independientes e inconformistas, no son impulsivas ni presentan sentimientos inapropiados; son activas. Pueden haber tenido experiencias de dificultades con la aceptación de normas sociales.

En la quinta escala, masculinidad y femineidad, el puntaje T que se obtiene es de 61. Esta elevación puede sugerir características de seguridad, capacidad en la competencia y gran actividad.

La escala 6 de paranoia alcanza una puntuación natural de 12.2, equivalente a una elevación de T 63. Para Lachar (1974), estas personas se caracterizan por su hipersensibilidad, rigidez y sentimientos de limitaciones y presiones ante los aspectos sociales y vocacionales de la vida. Son personas que parecen resentidas acerca de males reales e imaginados que sienten se les hace; son personas muy capaces de expresar hostilidad en forma indirecta.

En la séptima escala clínica, clasificada como psicastenia, se observa una elevación T 59. Las características que incluyen a las personas con esta puntuación, según el manual de Lachar, son el perfeccionismo, el orden, la responsabilidad, la autocrítica, y presentan preocupación por los problemas más insignificantes. Son personas que muestran ansiedad, indecisión y tensión.

Las personas que presentan una combinación de intereses prácticos y teóricos ofrecen una puntuación T 59, en la escala de esquizofrenia (8).

En la penúltima escala clínica (9) se obtiene una puntuación natural de 18; es equivalente a un puntaje de T 53. Esta es la puntuación que con frecuencia se encuentra en personas normales; es decir, cuya actividad y energía es característica de personas sanas.

Finalmente, en la escala de introversión y extroversión, se obtiene una elevación T 52. Dentro de este nivel se encuentra el grupo de personas normales caracterizado por su capacidad para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria.

En el grupo de los hombres se obtiene en la primera escala de validez, una elevación T 51.3. En la escala L, aún no existen datos consistentes que puedan considerarse significativos.

En la escala F se obtiene una puntuación natural de 7.4, equivalente a una elevación T 61; lo cual quiere decir, según las hipótesis interpretativas que presenta Lachar (1974), que las personas con esta puntuación son temperamentales, insatisfechas, inquietas, malhumoradas y obstinadas en sus opiniones, y son personas inestables. Esta escala, con esta puntuación, implica independencia de pensamiento y negativismo.

Siguiendo con el grupo de hombres, en la escala K se obtiene una elevación T de 45.1. Tienen un concepto inadecuado de sí mismos, empobrecido y lleno de insatisfacciones en relación a sus habilidades; estas insatisfacciones pueden orillarlos a mejorar su status. Son demasiado críticos y toscos o llanos en sus maneras y su lenguaje; es lo que esencialmente caracteriza a las personas dentro de este nivel.

Continuando con las escalas clínicas, en la primera escala los hombres obtienen una puntuación T 67. Lo que se encuentra en el manual de Lachar, es que las personas con esta puntuación expresan interés significativo acerca de su salud; y presentan quejas somáticas difusas y vagas; es decir, están preocupados por su salud. Los pacientes con patología física que presentan puntuación superior a T 65, tienden a canalizar somáticamente sus dificultades y pueden, en realidad, controlar sus impulsos por medio de defensas de somatización.

En la segunda escala, la puntuación natural que obtiene el grupo de hombres es de 23.6; ésta es equivalente a una elevación T 67. En este grupo se encuentran personas levemente depresivas, preocupadas y pesimistas, lo que puede resultar de situaciones temporales que le preocupan.

Lachar (1974) encuentra en la escala 3 que, si la escala 1 es también elevada y la escala 2 es 10 T menor que las 1 y

3, lo más frecuente es un cuadro de histeria. Se observan también tendencias a la somatización durante periodos de tensión. La puntuación que los hombres obtienen en esta escala, es de T 67.

En la escala 4 de desviación psicopática, se obtiene una puntuación T 64. Dentro de este grupo según las investigaciones de Lachar (1974), se encuentran personas independientes e inconformes; no son impulsivas, son energéticos, activos y aceptan las normas sociales.

En la escala clínica de intereses masculino femenino (5), la puntuación natural que se obtiene es de 28.2; gráficamente, equivale a una puntuación T 66. Los hombres que presentan esta puntuación se caracterizan por intereses estéticos; son imaginativos y presentan sensibilidad y tendencia a apartarse de los intereses masculinos estereotipados de la cultura.

En la escala 6, se observa una elevación T 69. Los hombres en este nivel generalmente son hipersensibles, rígidos; se sienten presionados ante los aspectos sociales, y experimentan sentimientos de limitaciones. Parécen resentidos acerca de males reales e imaginados que sienten se les hace, tienen la capacidad para expresar hostilidad en forma indirecta, y exhiben desconfianza.

Los hombres que obtienen una elevación T 69 en la escala 7, generalmente, son perfeccionistas, ordenados, responsables, autocríticos, se preocupan por problemas insignificantes. Tienden a racionalizar ineficientemente e intelectualizan sin propósito aparente.

En la escala 8 de esquizofrenia, se observa una puntuación natural de 30.4, que gráficamente corresponde al puntaje T 66. Las personas con este puntaje tienden hacia intereses abstractos y abandonan el interés en las personas y en asuntos prácticos. Son personas creativas y algo imaginativas; generalmente no tienden a involucrarse con la gente y se perciben solitarios.

En la escala 9, se obtiene una elevación de T 57. Esta es la puntuación que con frecuencia se encuentra en personas normales, cuya actividad y energía son características de personas sanas.

En la escala cero, que es la última escala clínica, los hombres obtienen una elevación T 53. Esto quiere decir generalmente que son personas normales.

Después de hacer el análisis de los resultados y la interpretación en forma conjunta, de acuerdo con el Inventario Multifásico de la Personalidad, ambos perfiles sugieren un

nivel neutral, alguna que otra escala con elevación alta pero moderada en la totalidad de sus escalas.

Recientemente, a este tipo de perfil, se le designa con el nombre de cuadro limítrofe. Núñez (1992) comenta que a veces se clasifica dentro de esta categoría a un perfil que tenga una sola escala a 70. Este tipo de perfil no debe tener más de dos escalas elevadas, pero sí puede tener valores T superiores a 54.

Se puede observar tanto en el grupo de mujeres como en el de hombres que los dos grupos se aproximan a lo que se conoce como perfil limítrofe; es decir, que en la mayoría de las escalas clínicas se obtienen valores entre T 60 Y T 70.

En el psicograma de los hombres se observa en las escalas 6 y 7 una elevación muy cerca del 70. Parece indicar anomalías en estas áreas, pero que estos sujetos son capaces de controlar; sin embargo, la tendencia actual en la interpretación del perfil se orienta más a tomar en consideración la estructura total del perfil, y se da menor importancia a elevaciones aisladas de las escalas.

Es decir, en estas reacciones se pueden presentar síntomas psicóticos, aunque las personas no presenten desórdenes francos de tipo psicótico, favoreciendo a una estructura neurótica.

Esto conduce a la aceptación de la hipótesis H1 que se plantea para este estudio. Sin embargo, analizando los perfiles ya no conjuntamente sino en forma individual, es posible detectar elevaciones importantes en varias escalas clínicas de algunos sujetos; estas elevaciones sugieren algún tipo de alteración que no corresponde precisamente a un perfil neurótico.

A continuación, se presenta un análisis individual de los puntajes evidentemente significativos, para identificar a qué perfil corresponden realmente a diferencia del grupo.

Si se observa la tabla 1 de resultados de la aplicación del MMPI, se detecta que la sujeto número 1 presenta, en las escalas 6 7 y 8, una elevación T superior a 70.

Hathaway y Meehl (1951, en Núñez, 1992), encontraron que una combinación como ésta, habla de un perfil esquizo-paranoide, ya que presentan cuadros depresivos de apatía, irritabilidad y aislamiento social.

De acuerdo con Hathaway y Meehl (1951), el psicodiagnóstico de este perfil es: reacción esquizofrénico, tipo paranoide.

Continuando con la tabla 1, la sujeto número 6, tiene una elevación T arriba de 70 en las escalas 7 y 8. Un grupo con la

combinación 7 y 8, menciona Hathaway y Meehl (1951), presenta el psicodiagnóstico de una personalidad esquizoide.

La sujeto número 8 presenta una elevación T superior a 70 en las escalas 2 y 7. El diagnóstico implica depresión psicótica (maníaco-depresiva, depresiva o involutiva), según las investigaciones de Hathaway y Meehl (1951).

La sujeto número 11 presenta elevaciones arriba de T 70 en las escalas 1 (T 78), 5 (T 70), 6 (T 91) y 7 (T 73). Presenta un cuadro patológico muy marcado, ya que este perfil se considera característico de mentalidad paranoide. Presenta tendencias muy marcadas a tener interés prominente acerca de su integridad física y un gran número de preocupaciones somáticas. Las defensas somáticas no son efectivas; ruegan que se les trate, y, a la vez, rechazan y devalúan cualquier ayuda. La actitud es de personas amargadas, con expresiones indirectas de hostilidad. Probablemente existe conflicto con la identidad sexual y formación reactiva contra su pasividad (Núñez, 1992).

La sujeto número 13 presenta en la escala 3 una elevación de T 75, en la escala 6 una elevación T 91, en la escala 7 una elevación T 94, en la escala 8 una elevación T 91, y en la escala 9 una elevación T 81.

Siguiendo los lineamientos del Inventario para la interpretación de estas combinaciones, las características que sugiere son: inmadurez, egocentrismo, sugestibilidad y exigencia. Esta persona presenta características histeroides y mecanismos de defensa represivos. Refleja la presencia de una fuerte necesidad de dependencia, inmadurez social e incapacidad para manejar la vivencia de hostilidad hacia los demás. Existen fuertes exigencias de afecto, apoyo y atención, frecuentemente expresadas por medio de estragemas inconscientes. Presenta también características paranoides, presentando ideas de referencia, de persecución, sentimientos de relaciones interpersonales inadecuadas.

A este nivel, se presenta un cuadro caracterizado por meditación, temores, posibilidad de obsesiones, sentimientos de culpa, ansiedad y tensión que imposibilitan la vida rutinaria, exagerado uso de intelectualización, y racionalización y baja confianza en si misma.

La sujeto número 22 presenta elevación superior a T 70 en la escala 1, 2, y 3. Esta combinación fue investigada por Gilbertstadt y Duker (1965, en Núñez, 1992), y se especifica que las puntuaciones T sean mayor que T 70 en las tres primeras escalas, pero que ninguna otra de las escalas clínicas exceda ese valor. Los diagnósticos de dichos autores incluyen reacción psicofisiológica, reacción de ansiedad y reacción depresiva; presentando como síntomas, anorexia,

náuseas, vómitos, cefaleas, insomnio, irritabilidad y dificultades sexuales.

La sujeto número 25 presenta en las escalas 1, 2, 3, y 4, una elevación superior a T 70. Las cuatro escalas de esta combinación son mayores que T 70 y son más elevadas que las demás escalas clínicas. L, F, y K son menores que T 70. El cuadro diagnóstico de este perfil incluye una personalidad ansiosa, desórdenes de la personalidad debido a alcoholismo, depresión y reacción psicofisiológica.

Estos pacientes presentan como sintomatología y rasgos de personalidad el cuadro siguiente: anorexia, náuseas, violencia bajo la influencia del alcohol, hostilidad, insomnio, intentos suicidas, tensión, úlcera, cansancio y depresión. Ofrece elementos de desórdenes de la personalidad, lo cual combina estos elementos ofreciendo un cuadro clínico de hiperactividad fisiológica y carácter defectuosos en una personalidad psicopática.

El diagnóstico que ofrecen Gilberstadt y Duker (1965), según sus investigaciones, es de desorden de personalidad, con alcoholismo, angustia, depresión y reacciones psicofisiológicas. Son tan exigentes y dependientes, que constantemente se encuentran frustrados.

Finalmente, dentro de la tabla 1, la sujeto número 26, presenta elevaciones arriba de 70 en las escalas 1, 4, y 6. Las características que ofrece este perfil son evasividad, defensividad en la aceptación de los conflictos psicológicos. Los sujetos con esta puntuación manejan su ansiedad y conflictos rechazándolos; son egocéntricos, manipuladores, y algunos sujetos probablemente adictos a drogas o alcohol, con intentos suicidas.

En cuanto al grupo de los hombres, si se observa la tabla 2 de resultados de la aplicación del MMPI, es posible detectar que el sujeto número 1 tiene una puntuación T que excede al 70, en las escalas 2, 6, y 8. Sus características son, principalmente, la depresión, apatía, irritabilidad y aislamiento social. El diagnóstico para este perfil es reacción esquizofrénica, tipo paranoide (Gilberstadt y Duker, 1965).

El sujeto número 2 presenta importantes elevaciones que superan a T 70, en las escalas 4, 6, 7, y 8. Las características principales que describe el Inventario se refieren a un estado presicótico o personalidad alcohólica; reflejando resentimientos y amargura de tipo crónico y la proyección de culpa hacia los demás por las deficiencias y probables fracasos de la persona. Existe la presencia de rasgos esquizoides.

El sujeto número 5, en las escalas 2,3,4,6, y 7, presenta notablemente una elevación superior a T 70. Las características de su perfil, de acuerdo con el Inventario, son de control excesivo, dificultad para expresar sus sentimientos, falta de interés en lo que le rodea y sentimiento constante de fatiga. Existencia de rasgos esquizoparanoides.

El sujeto número 6 presenta, en la escala 4 (Dp), un puntaje de T 77, y, en la escala 6 (Pa), un puntaje de T 94. Según estudios realizados por Branthier y Good (1961), los pacientes con esta combinación a menudo tienen desórdenes de la conducta, rasgos psicópatas y presentan rasgos de esquizofrenia y paranoia.

El sujeto número 8 presenta un puntaje T superior a 70, en las escalas 2, 3, 6, y 7, presentando inadecuación en sus relaciones interpersonales y a veces encuentra refugio a su dependencia en drogas y alcohol, insatisfacción con su vida especialmente con sus relaciones sociales. Presencia de ansiedad severa o moderada, aprensivo y rígido, proyecta culpa y hostilidad, malinterpreta y percibe inadecuadamente los estímulos sociales. Presenta rasgos esclarecidamente paranoides, según el Inventario Multifásico de la Personalidad.

Finalmente, el sujeto número 9 presenta un puntaje T arriba de 70, en las escalas clínicas 2,3,7,y 8. Cuando se tienen estas escalas superiores a T 70, muestra un perfil en el MMPI correspondiente a personalidades con dificultad crónica: Excesiva preocupación, dependiente pasivo, sentimientos de inadecuación de inferioridad y de inseguridad. Algunos presentan variedad de desórdenes histéricos, depresión, ansiedad, agitación. Existe déficit psicológico, incapacidad de concentración, sensibilidad extrema y conducta hipocondriaca. Pérdida de eficiencia para ejecutar acciones usuales, y hay periodos de confusión. Según Hathaway y Meehl (1951), el diagnóstico implica depresión psicótica y algunos presentan un cuadro clínico de esquizofrenia.

En total, de los 37 sujetos estudiados, 14 de ellos presentan perfiles que corresponden a diagnósticos de psicosis o trastornos de la personalidad, más que a neurosis. De las 28 mujeres, 8 de ellas están en esta situación, lo cual corresponde al 28.5%. De los 9 varones, 6 lo están, es decir, el 66.6%. De los 37 sujetos de la muestra, el 37.8% se encuentra en la situación descrita, con lo que se puede señalar, que si bien los perfiles obtenidos por la muestra en el MMPI en promedio corresponden a resultados normales o neuróticos, el análisis por sujeto hace evidente que el 37.8% de ellos distan mucho de ser personas neuróticas, y que sus trastornos son más graves; por lo cual, la aceptación de la

hipótesis alterna debe tomarse con reservas y no aplicarse a los sujetos en forma individual.

5.3 Opinión personal sobre neuróticos anónimos

Aunque en este estudio no se lleva a cabo la entrevista directa con cada uno de los integrantes del grupo neuróticos anónimos que conforma la muestra, es innegable que se logra una interacción con el grupo a través de otros medios, incluyendo la aplicación de la prueba.

Al observar y analizar detenida y cuidadosamente cada una de las pruebas contestadas por los sujetos, éstas muestran en su mayoría perfiles válidos, ya que al parecer existió el intento de seguir las instrucciones, y que las frases fueron leídas con cuidado, esto sugiere el interés y cooperación por parte del grupo. La interpretación que se hace del perfil, no es una interpretación objetiva basada solamente en los puntajes que ofrece el grupo. Como dice Núñez (1992), "el análisis ciego, no siempre es recomendable, ya que no hace justicia al Inventario en todo su valor", sino que aquí se extrae información de las características del grupo por otras fuentes de información. Es decir, se están tomando en consideración los casos expuestos en tribuna por la mayor parte de los sujetos, los cuales revelan la existencia de una problemática emocional.

Existen comentarios por parte del grupo estudiado, poco después de finalizar la administración de la prueba, ya que algunas personas del grupo muestran interés por conocer la interpretación de sus resultados; otros, manifiestan haberse identificado con algunas preguntas que ofrece la prueba, expresando inquietud por ello; y alguno que otro sujeto pretende exponer su problemática fuera de la Tribuna. Este fenómeno se da en forma verbal y casual.

Después de la relación que se dio con el grupo durante el proceso de este estudio, en ocasiones participando simplemente como parte espectadora de los casos expuestos en tribuna, es posible percatarse de que día a día las personas que acuden a neuróticos anónimos exponen sus conflictos emocionales; muchos expresan su depresión, pues declaran llevar una vida llena de insatisfacciones; otros han sido víctimas de violaciones y tratan de superar su dolor; alguno que otro, en forma franca y honesta, declara haber sido victimario de abuso sexual y violación; algunos expresan la tensión que le produce el sentimiento de culpa por haber practicado el incesto; otros se revelan como personas inseguras, impotentes e improductivas, sintiendo frustración. La mayoría de estas personas expresan llevar más de un año asistiendo al grupo, manifestando que al haber ingresado se dio un sentimiento de recuperación; pero a lo largo del año, en periodos de dos o tres meses, vuelven a presentar sus síntomas.

Brevemente, y sin alterar los lineamientos de neuróticos anónimos que es el anonimato, es un ejemplo de la problemática cotidiana que se presenta en las tribunas de la muestra estudiada y probablemente en muchas más.

Lo que neuróticos anónimos ofrece para esta problemática, como ya se ha estudiado en su literatura, es una falaz garantía de una estabilidad emocional y mental, inclinándose a la religiosidad, creyendo erróneamente que gracias al ser superior que ellos proponen, van a eliminar la neurosis; fenómeno que científicamente no es posible, al menos por los medios que neuróticos anónimos sugiere, y que es completamente opuesto a lo que Fenichel (1992) expone para la evolución ulterior de las neurosis.

Del mismo modo, pretenden eliminar por completo la culpa, siendo que un sujeto sin el sentimiento de culpa no es funcional, y resultaría perjudicial para la sociedad. Los psicópatas carecen de un sentimiento de culpa normal y son nocivos para la sociedad. Pero para neuróticos anónimos, este es uno de los fines que persiguen.

En el transcurso de su literatura estudiada, afirman que psicólogos y psiquiatras están de acuerdo con la etiología de las enfermedades que ellos proponen, pero no mencionan sus nombres; y que las leyes de la enfermedad mental y emocional ya son una teoría, pues según ellos son hechos comprobables y

universales; pero en ningún momento hacen referencia a un marco teórico formal y menos de investigaciones.

El hecho de presentar y describir la literatura de neuróticos anónimos en este estudio es para evidenciar la carencia de algún marco teórico en ella; más, sin embargo, neuróticos anónimos utiliza erróneamente términos psicológicos para sus diagnósticos, aduciendo que "figuras profesionales" están de acuerdo en que son acertados. En algunos capítulos de su literatura, así como en varios casos expuestos en tribuna, ponen en duda la capacidad del psicólogo como terapeuta profesional, convencidos de que ese ser superior es quien les va a ayudar, cerrándose así a cualquier otra posibilidad científica de ayuda.

La mayoría de las personas que forman parte de neuróticos anónimos expresan haber estado en terapia profesional, revelando su desilusión: primero por haberlo resentido como una sangría económica; y, segundo, porque testifican no haber experimentado mejoría.

Sin embargo, algunos sujetos que llevan varios meses dentro de neuróticos anónimos, cuando pasan a la tribuna, han comentado no sentir ninguna mejoría emocional; que su estado emocional es el mismo que cuando ingresaron a neuróticos anónimos; pero el hecho de sentir o no mejoría, la atribuyen a la dedicación que se le da a la lectura de su literatura. Se

infiere que hasta ahora nadie ha revelado o aceptado que neuróticos anónimos es un grupo con limitaciones; que para algunos el grupo sirve como contenedor, pero para otros tal vez no. Quizas, las personas que experimentan insatisfacción en el grupo, lo abandonan buscando otro tipo de ayuda. Pero existen también quienes siguen quejándose de sus síntomas por más de un año y, sin embargo, siguen ahí.

Esto hace pensar que la psicología y otras disciplinas de la salud mental tienen un amplio campo de acción en neuróticos anónimos, ya que es una población muy grande, con diferentes tipos de trastornos mentales, que continuamente está demandando ayuda; mejor dicho, una población que se autodemanda ayuda, ya que están encerrados en un círculo. Neuróticos anónimos es una población totalmente ajena a la capacidad de ofrecer un tratamiento efectivo para todo mundo.

Esto sugiere que los psicólogos deben encontrar una alternativa profesional, para poder abordar y tratar en forma adecuada la problemática de la población de neuróticos anónimos.

CONCLUSIONES

1. Se acepta la hipótesis alterna de este estudio, ya que el perfil de personalidad que presenta la muestra en promedio, no es un perfil en su totalidad fuera de los límites de una estructura neurótica.
2. Sin embargo, el análisis individual de los sujetos revela que el 28.5% de los del sexo femenino y el 66.6% de los de sexo masculino presentan perfiles que corresponden a psicosis y trastornos de la personalidad, y distan mucho de la neurosis. Esto representa el 37.8% del total de la muestra.
3. La aceptación de la hipótesis alterna se hace con reservas, y no debe aplicarse a los sujetos en forma individual, pues el 37.8% de ellos no presentan perfiles propios de personas neuróticas en el MMPI.
4. Se hace necesaria la figura de un terapeuta profesional para ofrecer un buen manejo de terapia grupal y en algunos casos individual, en combinación con un psiquiatra, para obtener resultados satisfactorios en su tratamiento.
5. En neuróticos anónimos cada sujeto es escuchado, quedándose solamente a nivel de catarsis, que si bien le brinda un "alivio" inmediato, no logra modificaciones en sus síntomas a largo plazo.

6. Para los sujetos cuyo perfil fue estudiado en forma individual por su alto puntaje T, invariablemente necesitan otro tipo de tratamiento, ya que los que presentan perfil de cuadro psicótico, con rasgos esquizoides o paranoides, están completamente fuera de los límites y capacidades de neuróticos anónimos, para poder tratar un cuadro de este tipo. Esto sugiere que, entonces, la patología está ahí concentrada como en un estanque, y probablemente se agrava si no es tratada.

7. En esta organización no existe ninguna instancia sólida que permita diagnosticar científicamente la neurosis u otras patologías. Se dicen "neuróticos" porque desde que ingresan al grupo se declaran y aceptan como tales.

8. Tampoco existe una instancia sólida que dé por concluida la terapia. El principio y el fin del "tratamiento" son completamente arbitrarios.

9. Para neuróticos anónimos, la única vinculación con la psicología es el término neurosis, el cual utilizan erróneamente; lo que hace que neuróticos anónimos no sea una alternativa eficaz para el tratamiento de la neurosis, psicosis, u otras alteraciones de la personalidad. La garantía de "estabilidad emocional y mental" que ofrecen es una falacia.

LIMITACIONES

- Los resultados solamente se aplican a la muestra estudiada.
- El número de la muestra es reducido, pues no todas las personas que cubren con los criterios de inclusión se prestan para participar; muchos de ellos se niegan aduciendo razones de tiempo. Además, algunos de los que acceden a participar presentan gran inconstancia en su asistencia al grupo, por lo que se dificulta la aplicación de los instrumentos.
- Los criterios de inclusión, principalmente el de escolaridad, que se determina para garantizar la comprensión del MMPI, limitan de manera importante el número de sujetos, pues se constata que la mayoría de quienes asisten a neuróticos anónimos tienen una escolaridad inferior a la requerida.
- La mayor parte de la muestra la integran sujetos de sexo femenino, dado que la población masculina es escasa en los grupos a los que se acudió, encontrándose que en uno de ellos asisten únicamente mujeres.

SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

- Estudiar qué sucede con los sujetos que no logran ser contenidos en el grupo; pero, sin embargo, se quedan en este.
- Investigar las causas por las cuales las personas que acuden a neuróticos anónimos no recurren a una ayuda profesional (causas económicas, dependencia, apego a un ritual, etc.).
- Aplicar el MMPI a una muestra numérica mayor.
- Estudiar grupos localizados en diferentes entidades.
- Para las personas que acuden a neuróticos anónimos que no hayan cursado la preparatoria, se sugiere la utilización de otros instrumentos (prueba proyectivas, entrevistas diagnósticas, etc.).
- Realizar investigaciones de tipo comparativo entre hombres y mujeres.

PROPUESTAS

- Es idóneo y necesario que neuróticos anónimos abra sus puertas a profesionales en la psicología y acepte la importancia y necesidad de utilizar el conocimiento científico sobre el comportamiento humano.

- Por último, se propone establecer un sistema conformado por psicólogos, a nivel de intervención preventiva, ya que a medida que se conoce a neuróticos anónimos, se evidencia más la silueta preocupante de muchos individuos, a lo largo de nuestro territorio, y que están convencidos de su necesidad de ayuda psicológica.

Considerando que neuróticos anónimos es una población que está en aumento constantemente, la cantidad de nuevos interesados evidencia que éste no es en la actualidad un problema individual, sino un problema colectivo. Es una situación que abarca una parte de la sociedad. Y que si para la comunidad es un problema social, para los individuos es un problema psicológico.

BIBLIOGRAFIA

- BASH, K.W. Psicopatología general. Ediciones Morata Madrid, 1965.
- BRAUNSTEIN, N.A. Psicología ideología y ciencia. Editorial Siglo XXI. 15a. edición. México, 1990.
- CALVIN, S.H. Compendio de psicología freudiana. Editorial Paidós. México, 1991.
- CALVIN, S.H. Y GARDNER, L. Teoría de la personalidad. Editorial Paidós. México, 1991.
- CASO, A. Psiquiatría. Editorial Limusa. México, 1981.
- DICAPRIO, N.S. Teorías de la personalidad. Editorial Mc. Graw Hill. México, 1990.
- DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, tercera edición. Editorial Masson, México, 1987.
- FENICHEL, O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Paidós. México, 1992.
- FRAZIER, S.H. y CARR, A.C. Introducción a la psicopatología Editorial El ateneo. Buenos Aires, 1980.
- FREUD, S. Obras completas de Freud. Más allá del principio del placer. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1920.

- El sentido de los síntomas. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1896.
 - La sexualidad en la etiología. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1898
 - Neurosis y psicosis. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1924.
 - El yo y el ello. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1923
 - La interpretación de los sueños. Editorial Amorrortu Buenos Aires. 1900.
 - Los dos principios del suceder psíquico. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1911.
 - Nuevas aportaciones al psicoanálisis. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1933.
- FROMM, E. Ética y psicoanálisis. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1985.
- GARFIELD, S.L. Psicología Clínica. El estudio de la personalidad y la conducta. Editorial Manual Moderno. México, 1991.
- GOLMAN, H.H. Psiquiatría general. Editorial Manual Moderno. México, 1991.
- GRADOS, J.A. Temas y técnicas de psicología del trabajo. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. D.F., 1985.

GRINBERG, A. Trastornos del desarrollo. Editorial Oceano. Barcelona, 1994.

KERNBERG, O.F. Trastornos graves de la personalidad. Editorial Manual Moderno. México, 1992.

KISKER, G.W. La personalidad desorganizada. Psicología anormal. Editorial Trillas. 1ra. edición. México, 1984.

MACKINNON, R.A. y MICHEL, R. Psiquiatría. Clínica aplicada. Editorial Mac Graw Hill. México, 1992.

MARTINEZ, A.L. Estudio exploratorio sobre la terapia utilizada en los grupos neuróticos anónimos. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1983.

MORRIS, CH. G. Introducción a la psicología. Quinta edición. Editorial Prentice Hall. México, 1990.

NEUROTICOS ANONIMOS. El patrimonio de neuróticos anónimos. Neurotics Anonymous International Liaison, Inc. México, 1970.

- Folleto Informativo. Neurotics Anonymous International, Liaison, Inc. México, 1994.

- La etiología de la enfermedad y de la salud mental y emocional. Neurotics Anonymous, International Liaison, Inc. Washington, d.c, sin año.

- Las leyes de la enfermedad mental y emocional. Neurotics Anonymous, International Liaison, Inc. Washington, sin año.

- Una ayuda para las personas con disturbios mentales y emocionales. Neurotics Anonymous International Liaison, Inc. México, sin año.
 - Tribuna. Nuevos datos sobre la historia de neuróticos anónimos a 31 años de su fundación. Año 9, num. 40. México, 1995.
- NUÑEZ, RAFAEL. Aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología. Manual Moderno. México, D.F., 1992.
- SAHAKIAN, W.S. Historia de la psicopatología. Editorial Trillas. México, 1986.
- SARASON, I.G.y SARASON, B.G. Psicología anormal. Los problemas de la conducta desadaptada. Editorial Trillas. México, 1990.
- SOTO, L.D. Relación entre autoconcepto y empatía en un grupo de adultos de neuróticos anónimos de la ciudad de México. Universidad del Valle de México. México, 1992.
- SUAREZ, V.M. Las aproximaciones psicológicas a la conducta neurótica y la alternativa propuesta por neuróticos anónimos, a.c. Universidad Nacional Autónoma de México. Iztacala, 1989.
- THORPE, L.P. La personalidad y sus tipos. Editorial Editorial Morata. Madrid, 1966.
- WHITTAKER, J.O. y WHITTAKER, S.J. Psicología. Editorial Interamericana. México, 1984.

ANEXOS

A N E X O I

Cuestionario breve de datos generales, presentado en media carta, el cual se pide a los sujetos contesten; para seleccionar a todos aquellos que cumplan con los requisitos de inclusión.

Para este cuestionario se pide escriban sólo un nombre, con el fin de identificar que personas son incluidas o excluidas de la muestra.

NOMBRE DEL GRUPO AL QUE ASISTE: _____

NOMBRE DE LA PERSONA: _____

ESCOLARIDAD: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

TIEMPO DE ASISTIR A NEUROTICOS ANONIMOS: _____

¿ESTARIA USTED DISPUESTO A COLABORAR PARA UNA INVESTIGACION
RESPONDIENDO EN FORMA ANONIMA UN CUESTIONARIO? _____

¿POR QUE?: _____

17
-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

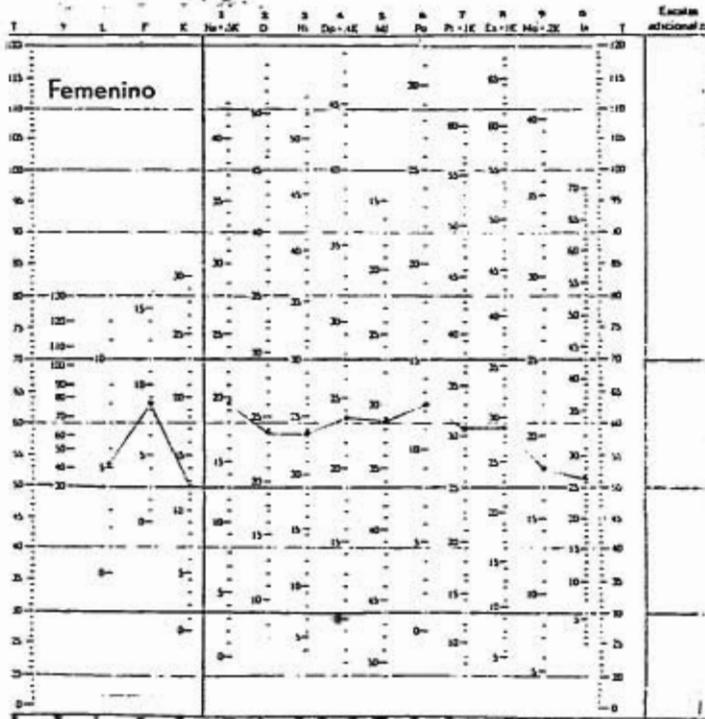
Nombre _____
(letra de molde)

Dirección _____

Organización _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado civil _____ Edad _____ Referido por _____



Suma total	5.2	8.2	12.3	23.7	23.7	31.1	12.2	26.4
Agrega factor K								
Puntuación corregida	19.4	23.4	30.6	28.7	18			

17
-4

EL FACTOR 'K' YA ESTA INCLUIDO.

Funciones	1	2	3
30	15	12	5
29	15	12	5
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	9	4
20	10	9	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	7	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

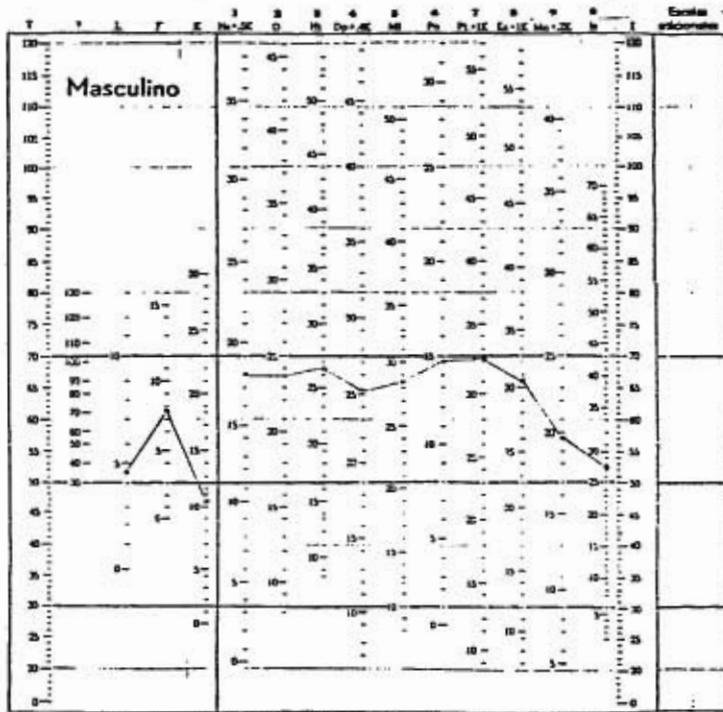
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chernley McKalely

PERFIL Y SUMARIO



Nombre _____ [letra de malde]
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
 Años escolares o estudios completos _____
 Estado civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones H

#	1	2	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Situación natural 4.4 7.4 10.2 23.6 26.2 28.2 14.6 27.7

Agrupar factor K

Puntuación corregida 18 25.1 32.1 30.4 19.7



EL FACTOR 'K' YA ESTA INCLUIDO
 Printed by El Manual Moderno, S. A.
 D. R. O. todos los derechos reservados por el
 DIAL
 S. A. de C. V. 11 ceuc 7e 1 logi rpot