



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**DIFERENCIAS EN LAS ESCALAS CLÍNICAS DEL INVENTARIO DE
PERSONALIDAD (PAI) EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO
DEGENERATIVAS.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

DAFNE DARINKA URIBARES RANGEL

FABIOLA ALVAREZ HERNANDEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

REVISORA: MTRA. ALMA MIREIA LÓPEZ-ARCE CORIA

**ESTA TESIS SE REALIZÓ CON APOYO DEL PROGRAMA PAPIIT PROYECTO
IN303413-2**

México D.F. 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

“Adaptado y reproducido mediante permiso especial del Editor,
PsychologicalAssessmentResources. Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz
Florida 33549 del Inventario de Personalidad de Leslie C. Morey, Ph. D., Copyright
1991. Su reproducción está prohibida sin el permiso de PAR.”

“Adapted and reproduced by special permission of the Publisher,
PsychologicalAssessmentResources. Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz
Florida 33549 del Inventario de Personalidad de Leslie C. Morey, Ph. D., Copyright
1991. Further reproduction is prohibited without permission of PAR.

AGRADECIMIENTOS

Al comenzar la carrera de Psicología imaginé cómo sería el momento en que escribiera mi tesis y llegara el día en el cual tuviera que presentar mi examen profesional, moría de miedo y me temblaban las piernas de sólo pensar en ello; hoy, al terminar de escribirla, y estando a unos días de presentar el famoso examen me encuentro como al comienzo de la carrera, muerta de miedo pero con grandes cambios en mi vida que me llenan de valor y fuerza para querer continuar con este camino que apenas comienza.

Al escribir los agradecimientos llegan a mi mente imágenes de los momentos más importantes que marcaron todos estos años, fueron momentos buenos, otros difíciles y algunos inolvidables, pero todos me llevaron a algún aprendizaje y forman parte de lo que ahora soy, por eso no podría dejar de agradecerles:

A los que ya no están pero llevo en mi mente en cada momento, en mis pensamientos: Papá, se que en donde estés estarás orgulloso de mí, perderte justo a la mitad de la carrera fue como un balde de agua fría que me hizo ser más fuerte, me hizo crecer y ver la vida de otra forma.

A mis abuelos que también se fueron pero sé que me cuidan a cada paso que doy.

A los que están conmigo y me echaron porras: Mamá gracias por estar siempre, por acompañarme en esta historia, por tomarme de la mano y abrazarme, por ser mi compañera y amiga. Ahora te comprendo más. Te amo.

Eric gracias por tus consejos y por ser un ejemplo.

Gracias a los PROTAGONISTAS de mi vida, a mis amores, mis bebés hermosos Noah y Sebastián, son mi motor, mi fuerza, el motivo, la gran razón de esto, sin ustedes mis días tendrían otro color y otro sentido. Llegaron en el momento perfecto. Sin duda la vida siempre te premia y recompensa de la mejor manera cuando menos lo esperas, no tengo palabras para expresar la felicidad tan grande que siento de ser mamá. Los amo profundamente.

Lalo gracias por creer en mí, por apoyarme, por ir siempre a mi lado, por darme palabras de aliento cuando más las necesité, por estar ahí en todo momento, eres el mejor compañero de vida que puedo tener, te amo!

Fabiola, lo logramos!!! Al fin llegamos. Gracias por tu paciencia, no sólo escribimos una tesis juntas, compartimos días, estrés, frustraciones, alegría y emociones, gracias por tu amistad, por ser cómplice!

Gracias al doctor Samuel Jurado, por invitarnos a este proyecto, por confiar en nosotras, por sus enseñanzas y consejos, no sé si algún otro profesor tenga la paciencia que usted nos tuvo.

Gracias a nuestros sinodales que son parte fundamental de este trabajo, muchas gracias por tomarse el tiempo de leer nuestro trabajo y hacernos correcciones para la mejora de este: Mtra. Alma Mireia López, Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola, Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, Dr. Samuel Jurado Cárdenas y Dra. Alejandra Valencia Cruz.

Feliz de cerrar un capítulo muy importante en mi vida, gracias Facultad de Psicología, ORGULLOSAMENTE UNAM.

Gracias Dios porque cuando decidí tirar la toalla tu pusiste los medios para conseguir esta meta.

Gracias papás porque no han dejado de caminar a mi lado, de apoyarme en cada obstáculo y nuevo objetivo, de alentarme a siempre ser mejor persona para darme a los demás y demostrarme que de mano de Dios TODO es posible.

A mi tía Bety que siempre tiene un consejo y un libro a la mano para alimentar mi conocimiento.

GRACIAS a la Universidad Nacional Autónoma de México, mi casa desde iniciación universitaria, que me recibió con las puertas abiertas para darme formación, conocimiento y grandes amigos.

Gracias Profesor Amancio Sánchez por enseñarme a amar mi universidad, porque “nadie ama lo que no conoce” y “no todo son tripas y huesos”; Profesor Ricardo Lozada gracias por condimentar siempre las clases con cultura, Dr. Benjamín Domínguez por regalarme ese panorama noble y siempre comprometido de la psicología, gracias a todos y cada uno de mis profesores por marcar mi vida.

Gracias a mis grandes amigas Edith, Marisol, Anahí, Lety, Janne, Mariana, Lupita y Adriana que han sido mi soporte y contención en cada caída y alegría, que desde que forman parte de mi vida les ha tocado soportar mi patología y a cambio ustedes la han llenado de colores al explorar nuevos mundos.

A Luis Felipe, mi amigo, esposo y compañero de vida que desde hace 6 años no ha dejado de apoyarme, escucharme, impulsarme y acompañarme con su paciente amor en cada decisión que he tomado, gracias por siempre creer en mí y por nunca soltar mí mano. Luigi...traías la tesis bajo el brazo mi amor!

Gracias Darinka por ser mi compañera compartiendo este proyecto; una gran amiga y cómplice en esta nueva etapa de mi vida.

Gracias Dr. Samuel Jurado por la oportunidad, por su infinita paciencia, por su confianza y por dirigir esta tesis.

A nuestros sinodales Mtra. Alma Mireia López, Dra. Alejandra Valencia, Lic. Aída Araceli Mendoza, Dr. Jorge Rogelio Pérez que aceptaron caminar con nosotras y se tomaron el tiempo para leer y corregir nuestro trabajo, gracias.

Índice

RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO 1. PSICOPATOLOGÍA	
Definición.....	13
Trastornos de Ansiedad.....	14
Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	14
Trastorno de Estrés Postraumático.....	15
Fobias Específicas.....	16
Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	16
Trastornos Somatomorfos.....	17
Hipocondriasis.....	17
Trastorno de Somatización.....	18
Trastorno de Conversión.....	18
Trastornos del Estado de Ánimo.....	19
Episodio Depresivo Mayor.....	19
Episodio Maniaco.....	19
Esquizofrenia.....	19
Trastornos Relacionados con Sustancias.....	20
Trastornos de Personalidad.....	21
Trastorno de Personalidad Paranoide.....	21
Trastorno de Personalidad Antisocial.....	21
Trastorno de Personalidad Limítrofe.....	21
CAPÍTULO 2. INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD (PAI)	
Ficha técnica.....	23
Confiabilidad.....	23
Validez.....	23
Escalas.....	23
Escalas de Validez.....	23
Inconsistencia e Infrecuencia.....	24
Impresión Negativa.....	25
Impresión Positiva.....	25

Escalas Clínicas.....	25
Quejas Somáticas.....	26
Ansiedad.....	26
Trastornos Relacionados con la Ansiedad.....	26
Depresión.....	27
Manía.....	27
Paranoia.....	28
Esquizofrenia.....	28
Rasgos Límitrofes.....	29
Rasgos Antisociales.....	29
Problemas con el Alcohol.....	30
Problemas con las Drogas.....	30
Escalas Relacionadas con el Tratamiento.....	31
Agresión.....	31
Ideación Suicida.....	31
Falta de Apoyo social.....	31
Estrés.....	32
Rechazo al Tratamiento.....	32
Escalas de Relación Interpersonal.....	32
Dominancia.....	32
Amabilidad.....	32
Evidencia científica de la versión original del PAI.....	33
CAPÍTULO 3. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS	
Enfermedades crónicas.....	35
Enfermedades autoinmunes.....	38
Planteamiento del Problema.....	39
Justificación.....	39
Objetivo.....	39
Hipótesis.....	40
Variables.....	40
Definición conceptual.....	40
Definición operacional.....	40
Diseño.....	41

MÉTODO	
Participantes.....	41
Instrumentos.....	41
Procedimiento.....	42
RESULTADOS.....	43
DISCUSIÓN.....	57
REFERENCIAS.....	59
ANEXOS	
Anexo 1.....	62
Tabla 1. Resumen Análisis Factorial Exploratorio.....	62

RESUMEN

La presente tesis es un estudio exploratorio sobre las escalas clínicas del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI); el cual se llevó a cabo a través de la aplicación de la versión recortada de la prueba a 139 pacientes hospitalarios, de los cuales 29 pacientes presentaban enfermedades autoinmunes, 39 pacientes trastornos psicológicos y 71 pacientes enfermedades crónicas. Las escalas relacionadas al tratamiento y de relación interpersonal no fueron analizadas porque no son de relevancia para fines de éste estudio. Se realizó una comparación de los pacientes con enfermedades crónicas, autoinmunes y con trastornos psicológicos, tomando 3 grupos diferentes de edad: adultos, adultos jóvenes y adultos mayores, hombres y mujeres mediante una prueba de Análisis Multivariado (MANOVA).

Se comparó cada una de las escalas clínicas y el sexo de los participantes, encontrando diferencias entre hombres y mujeres en la escala de quejas somáticas, y en la escala de problemas con drogas. Al comparar escalas clínicas y el diagnóstico de los participantes se observaron diferentes puntajes en las medias de los pacientes con enfermedades crónicas y autoinmunes en las escalas de Trastornos relacionados con la ansiedad ($\bar{X}=5.73$ vs $\bar{X}=5.98$), Manía ($\bar{X}=3.61$ vs $\bar{X}=3.88$) y Paranoia ($\bar{X}=6.15$ vs $\bar{X}=5.85$). Los pacientes con Trastornos psicológicos obtuvieron un puntaje de mayor relevancia en las medias en las escalas de Ansiedad ($\bar{X}=8.11$),

Esquizofrenia ($\bar{X}=10.71$) y Rasgos Límitrofes ($\bar{X}=12.59$). Se concluye que si se encontraron diferencias en las escalas clínicas particularmente en las de ansiedad, paranoia, esquizofrenia, rasgos límitrofes y problemas con las drogas.

Palabras claves: ***psicopatología, personalidad, enfermedades crónicas, enfermedades autoinmunes.***

INTRODUCCIÓN

La presente tesis, está basada en un proyecto de investigación más amplio en el cual utilizaron la prueba PAI y a través de un análisis factorial exploratorio se evaluaron las propiedades psicométricas de este para su posterior validación y estandarización para la población mexicana mediante la eliminación de ciertos reactivos que carecían de capacidad discriminativa.

En este estudio exploratorio se utiliza la versión ya recortada que contiene sólo los reactivos que se eligieron en dicho estudio. Se acudió a los hospitales del sector público para aplicar la prueba a pacientes con enfermedades crónicas, autoinmunes y con trastornos psicológicos, con el objetivo de evaluar si existen diferencias en las escalas clínicas en estos pacientes ya que no se han encontrado otros estudios relacionados con el tema. El capítulo uno incluye una definición de trastorno mental de acuerdo a lo establecido en el DSM5, para posteriormente definir algunos trastornos psicológicos. En el segundo capítulo se explica cómo está conformada la prueba PAI, las escalas que la componen y lo que mide cada una de ellas.

Finalmente, en el capítulo tres, se da la definición de enfermedades crónicas, algunos de los factores que dan pie a la enfermedad y aspectos psicológicos que pueden presentarse en algunos pacientes. Posteriormente, se define a las enfermedades autoinmunes y cómo es que se desarrollan en las personas que las padecen.

CAPITULO 1

PSICOPATOLOGÍA

Los trastornos psicológicos o el comportamiento anormal han sido estudiados por la psicopatología, siendo éstos una disfunción psicológica de un individuo, asociada con un impedimento en el funcionamiento y la respuesta que no es característica o no se espera culturalmente (Durand & Barlow, 2007). De acuerdo con el DSM-5:

Un trastorno mental es un síndrome que se caracteriza por un deterioro clínicamente significativo en la cognición, regulación emocional o el comportamiento que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen en el funcionamiento mental. Los trastornos mentales se asocian generalmente con malestar significativo o discapacidad en actividades sociales, ocupacionales u otras importantes. Una respuesta culturalmente aceptada frente a un factor estresante o pérdida común como la muerte de un ser querido, no es un trastorno mental. El comportamiento alejado de la norma social “por ejemplo la política, la religión o la sexualidad” y de los conflictos que son principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales a menos que el conflicto resulte de una

disfunción en el individuo descrita anteriormente (DSM-5, 2013 pág. 20).

Algunos de los trastornos psicopatológicos relacionados con la adultez y que son relevantes para fines de este estudio son: trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos psicóticos (esquizofrenia), trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias y con el control de impulsos, y trastornos de la personalidad. A continuación su descripción según el DSM-5:

Trastornos de Ansiedad.

La ansiedad es un estado de ánimo que se caracteriza por un afecto negativo y síntomas corporales de tensión, en el cual una persona piensa que hay peligro en el futuro. Se ha encontrado que las personas que padecen ansiedad presentan sesgos de memoria implícita relacionados con palabras que denotan amenaza en comparación con personas que no padecen este tipo de trastornos (Coles, Turk&Heimberg, 2007), así se caracterizan por acceder más fácilmente a información sobre amenazas. Los trastornos de ansiedad son:

- *Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)*. Se caracteriza por preocupación intensa, dificultad para controlarla, se asocia con síntomas como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo; fatiga constante; dificultad para concentrarse, mente en blanco, irritabilidad,

tensión muscular, perturbaciones del sueño ya sea para conciliarlo o permanecer dormido, presentar inquietud durante el mismo; niveles altos de ira expresada como rasgo, internalizada o mediante su componente afectivo, la agresión (Deschênes, Dugas, Fracalanza&Koerner, 2012).

- *Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)*. Lo desarrolla el individuo que ha estado expuesto de forma directa a un evento traumático accidental o violento, se caracteriza por manifestar los siguientes síntomas: recuerdos involuntarios e intrusivos; así como sueños recurrentes u olvido de aspectos importantes del evento; estos síntomas pueden ser desencadenados por estímulos ambientales que la persona trata de evitar. Se ha encontrado que el insomnio o dificultad para iniciar y mantener el sueño que presentan los individuos durante el mes siguiente al que estuvieron expuestos al evento, es un factor que predice el desarrollo de este trastorno (Harvey & Bryant, 1998); también tienen mayor probabilidad de padecer problemas con el abuso de sustancias lo que trae como consecuencia un incremento en la cronicidad de los problemas tanto mentales como de salud física, pobre funcionamiento social, problemas legales, así como menor adherencia al tratamiento (Back, Dansky, Coffey, Saladin, Sonne & Brady, 2000). Por otra parte, aquellas personas cuya personalidad se caracteriza por una tendencia a experimentar emociones negativas, autoevaluarse negativamente y a presentar una mayor sensibilidad a los estímulos adversos, son más propensas a desarrollar este trastorno y a mantener problemas

emocionales después de haber sufrido la experiencia (Mikkelsen, & Einarsen, 2002).

- *Fobias Específicas*. Es un temor marcado a un objeto o situación específica que interfiere con el funcionamiento de la vida diaria, por ejemplo: a los animales, al ambiente natural, a las inyecciones, sangre y/o heridas, a las situaciones y otros.
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Involucra la presencia de obsesiones como pensamientos o imágenes no deseados, persistentes e intrusivos, así como compulsiones o acciones repetitivas que tienen la intención de suprimirlos. Las personas que lo padecen reconocen que las obsesiones y compulsiones son excesivas o irracionales, causan angustia marcada, ocupan más de una hora al día o interfieren de manera significativa con su funcionamiento normal en la vida cotidiana. Las creencias más relevantes que generan y mantienen este trastorno son: sobrevalorar la importancia y control de los propios pensamientos, la hiperresponsabilidad, la sobreestimación del peligro, la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo (Salkovskis, 1985). El deseo de controlar tanto el ambiente interno como el externo que pueden llegar a experimentar los individuos con este trastorno predice que presentarán un mayor número de síntomas siempre y cuando el deseo vaya

acompañado con la percepción de un bajo sentido de control sobre las situaciones (Moulding, 2009).

Trastornos Somatomorfos

Los individuos que padecen trastorno somatomorfo tienen pensamientos, sentimientos o comportamientos desproporcionados relacionados con la preocupación por la salud o por la seriedad de algún síntoma sin base médica que pueda sustentar las quejas físicas. Incluye tres componentes: experimental, expresa lo que el individuo percibe en relación a su cuerpo, sea dolor u otras manifestaciones corporales desacostumbradas, disfuncionales o de cambio de apariencia. Generalmente sólo es conocido por el propio individuo. El segundo componente es cognitivo que se basa en la interpretación que el sujeto realiza de estas percepciones y a qué las atribuye. El tercer componente es el conductual que incluye las acciones y la comunicación verbal y no verbal que sigue a dichas atribuciones; el sujeto decide buscar consejo o tratamiento en la medicina o en otras alternativas paramédicas (Campayo, Pérez & González, 2001). Los trastornos somatomorfos se clasifican en:

- *Hipocondriasis*: Involucra una ansiedad grave sobre la creencia de tener o adquirir una enfermedad seria, no hay presencia de síntomas somáticos o son muy leves. Se encuentran siempre en alerta, constantemente asisten a chequeos médicos o los evitan por completo.

- *Trastorno de Somatización*: Se caracteriza por tener historia de muchas dolencias físicas que comienzan antes de los 30 años y deterioro significativo en áreas de funcionamiento importantes. Presenta síntomas de dolor, sexuales y pseudoneurológicos (Durand & Barlow, 2007).
- *Trastorno de Conversión*: Se afecta el motor voluntario o función sensitiva que sugiere una condición neurológica o médica general, se puede deber a conflictos precedentes u otros estresores; es decir que hay un mal funcionamiento físico sin una patología orgánica que responda al deterioro (Durand & Barlow, 2007).

Trastornos del Estado de Ánimo

Es un grupo de trastornos que involucran alteraciones emocionales graves y duraderas que van de júbilo a depresión severa y manía, mismas características que pueden estar presentes de manera conjunta o de forma individual (Durand & Barlow, 2007). Los trastornos del estado de ánimo son:

- *Episodio Depresivo Mayor*. Se caracteriza por tener un estado de ánimo deprimido, placer disminuido en la mayor parte del día. Pierden o aumentan de peso considerablemente sin ninguna dieta, aumento o disminución del apetito, aparición de insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva,

destreza disminuida para pensar o concentrarse, tiene pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio. El paciente deprimido tiene una visión negativa de sí mismo considerándose inadecuado, enfermo o incapaz; interpreta negativamente las experiencias comunes, al creerlas situaciones muy demandantes que no podrá superar; aunado a ello presentan una visión negativa del futuro, visualizándolo lleno de dificultades, sufrimiento y fracasos (Beck, 1967).

- Episodio Maniaco. Es un periodo característico anormal y persistente de un estado de ánimo exaltado, efusivo o irritable, que dura al menos una semana. Presenta una autoestima elevada, disminución de necesidad de sueño locuacidad excesiva, fuga de ideas o sensación de que los pensamientos se disparan, facilidad para distraerse en una actividad dirigida hacia una meta o agitación psicomotora y participación excesiva en conductas placenteras pero arriesgadas. Dentro se encuentran 2 subtipos: El episodio hipomaniaco y episodio maniaco mixto o episodio maniaco disfórico (Durand & Barlow, 2007).

Esquizofrenia.

La esquizofrenia es un trastorno que incluye perturbaciones del pensamiento (delirios), percepción (alucinaciones), habla, emociones y comportamiento; incluye la catatonia, (trastorno del movimiento que incluye inmovilidad o agitación excitada), la hebefrenia (emocionalidad torpe e inmadura), la paranoia

(delirios de grandeza y persecución) y la demencia precoz (pérdida prematura de la mente). Los individuos con esquizofrenia presentan disfunción social u ocupacional. Los individuos que padecen este trastorno presentan déficits en la cognición social, es decir problemas a la hora de procesar información respecto a ellos mismos, los otros y las relaciones interpersonales (Popovici, et al., 2012) basado en información no verbal como los gestos faciales y corporales, la entonación del habla; dificultad para reconocer o inferir emociones negativas tales como expresiones de miedo, disgusto o enojo (Sparks, McDonald, Lino, O'Donell & Green, 2010).

Trastornos Relacionados con Sustancias

En esta categoría se encuentran los problemas desencadenados por el consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas como el alcohol y drogas; el abuso es un consumo recurrente que impide que la persona cumpla con sus obligaciones sociales a pesar de las consecuencias negativas que dicho comportamiento le genera, como problemas interpersonales, legales o situaciones de riesgo; la dependencia produce angustia y se caracteriza por aumento de la tolerancia, síntomas de abstinencia y varios intentos fallidos por dejar de consumirla (Durand & Barlow, 2007).

Trastornos de Personalidad

- *Trastorno de Personalidad Paranoide*: Se caracteriza por la presencia de desconfianza generalizada e injustificada hacia otros, la persona tiende a interpretar los comentarios inocentes como ofensivos o amenazadores, a percibir ataques a su carácter o reputación. Tienen sospecha de que las personas que los rodean los explotan, los envidian o les hacen daño sin fundamento. Preocupación excesiva e injustificada acerca de la lealtad de sus amigos, rechazan confiar en otros porque tienen la seguridad de que serán traicionados.
- *Trastorno de Personalidad Antisocial*: Es un patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás, el individuo rechaza comportarse de acuerdo a las normas sociales lo que lo lleva a transgredirlas, tiende a engañar o a mentir, a presentar conductas impulsivas o agresivas, a sentir desprecio total por la seguridad de los demás, a no sentir remordimiento al dañar a otros y a ser irresponsable en el empleo o en el pago de deudas sin remordimiento alguno; inicia a partir de la adolescencia.
- *Trastorno de Personalidad Límite*: Inestabilidad generalizada en las relaciones interpersonales que va de una idealización a una desvalorización excesiva; en la autoimagen y en los afectos, así como una notoria impulsividad en conductas tales como el consumo de sustancias, la

alimentación o las conductas sexuales; la persona afectada realiza esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario, de manera recurrente lleva a cabo intentos de suicidio o automutilación, presenta episodios agudos de disforia, irritabilidad o ansiedad, que generalmente duran algunas horas, así como sensaciones crónicas de vacío e ira intensa que se les dificulta controlar. Aunque hay otros trastornos no se enfatiza en ellos porque no son de relevancia para fines de éste estudio.

CAPITULO 2

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD (PAI)

El *PAI*, (siglas que corresponden a su nombre original en inglés *PersonalityAssessmentInventory*) fue creado por Leslie C. Morey en 2007, y adaptado al español de España por Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez 2011. Tiene como finalidad una evaluación comprehensiva de la psicopatología de adultos, mediante 22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales.

Su aplicación puede ser individual y colectiva, con una duración variable, de 45 minutos aproximadamente.

El desarrollo del cuestionario menciona que ningún parámetro cuantitativo por sí solo debía ser utilizado como criterio para la selección de ítems. El PAI buscó seleccionar elementos que equilibraran los diferentes parámetros deseables de forma que las escalas pudieran resultar útiles para una amplia variedad de aplicaciones.

La *validez discriminante* permitió realizar una medida que sea específica a un trastorno y relativamente independiente de otros padecimientos de los que pretende diferenciarse, lo que permitió evitar confusión y facilitar la interpretación de las medidas. Los ítems del PAI se escribieron prestando atención particular a

su especificidad, se crearon conjuntos de contraste para estas distinciones con el objetivo de examinar algunas discriminaciones fenomenológicas particularmente difíciles, tales como entre la manía, la agresividad y la paranoia, o entre la esquizofrenia y la fobia social. El PAI fue construido de forma que cada uno de sus ítems fue asignado exclusivamente a una escala, sin que exista solapamiento de sus ítems en distintas escalas. Utilizando esta validez, se estudiaron los estilos de respuesta, que se trataron como constructos independientes de los que se debían diferenciar.

Escalas

Las escalas del PAI fueron seleccionadas de manera que incluyeran cinco amplias áreas de rasgos: a) la validez de las respuestas del individuo, b) los síndromes clínicos, c) el estilo interpersonal, d) las complicaciones del tratamiento, y e) las características del entorno del individuo.

Escalas de validez

Permiten detectar la presencia de limitaciones en la precisión de la información proporcionada por el respondiente, pues evalúa la capacidad y la predisposición de la persona evaluada a informar de forma precisa de sus experiencias. El instrumento contiene 4 escalas de validez:

1) *Inconsistencia* (INC) e 2) *Infrecuencia* (INF), ambas evalúan la presencia de respuestas aleatorias. Las puntuaciones altas en INC reflejan la tendencia a dar información inconsistente al responder pares de preguntas con un contenido

similar. La escala INF valora si los individuos tanto clínicos como normales dan respuestas similares;

3) *Impresión negativa* (IMN) detecta si el sujeto pretende simular síntomas y problemas psicopatológicos con el objetivo de obtener algún tipo de beneficio, o bien, si tiende a magnificar y exagerar sus problemas independientemente de sus circunstancias particulares.

4) *Impresión positiva* (IMP) permite detectar si la persona tiende a retratarse a sí misma bajo una perspectiva demasiado favorable o a dar respuestas socialmente deseables.

Escalas clínicas. Los síndromes clínicos valorados en el PAI fueron seleccionados de acuerdo al criterio de la estabilidad de su importancia dentro de los conocimientos de psicopatología y al criterio de su significación en la práctica diagnóstica contemporánea. Así, los síndromes clínicos seleccionados finalmente para el desarrollo de las escalas fueron trastornos somatomorfos, trastornos relacionados con la ansiedad, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límite de la personalidad, rasgos antisociales de la personalidad (psicopatías), problemas con el alcohol y problemas con las drogas. Debido a que la investigación ha establecido que el trastorno base es multidimensional, no unitario, la mayoría de las escalas clínicas se divide en una secuencia de subescalas, cada una de las cuales registra un componente importante del trastorno clínico en cuestión. Las escalas clínicas son las siguientes:

1. *Quejas somáticas (SOM)* incluye 3 subescalas:
 - a. *Conversión (SOM-C)* que evalúa la presencia de síntomas psicológicos dramáticos que se han descubierto como dominantes de los trastornos de conversión, incluyendo parálisis, cegueras y anestias episódicas
 - b. *Somatización (SOM-S)* investiga quejas físicas más rutinarias, tales como dolores de cabeza, problemas de espalda, dolores o achaques gastrointestinales.
 - c. *Hipocondría (SOM-H)* indica una preocupación con la salud y el funcionamiento físico, se relaciona con la percepción de los problemas de salud como muy complejos y una intensidad de esfuerzos para aminorarlos.
2. *Ansiedad (ANS)* incluye 3 subescalas:
 - a. *Cognitiva (ANS-C)* detecta la preocupación constante y rumiativa, la hipervigilancia cognitiva hacia posibles riesgos y peligros y las creencias cognitivas descritas por Beck y Emery (1979) en el contexto de la terapia cognitiva relacionada con la ansiedad.
 - b. *Fisiológica (ANS-F)* valora los componentes somáticos de la ansiedad, tales como taquicardia, sudoración de las palmas de las manos, la respiración acelerada y los mareos.
 - c. *Emocional (ANS-E)* mide la sensación de tensión, pánico y nerviosismo característicos de la ansiedad.
3. *Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)* incluye las subescalas:

- a. *Obsesivo-compulsivo (TRA-O)* aborda las características sintomáticas, como las de personalidad.
- b. *Fobias (TRA-F)* valora varios de los medios fóbicos más comunes, incluidos el miedo a la altura, a los espacios cerrados y a la exhibición pública.
- c. *Estrés postraumático (TRA-E)* tiene que ver con la fenomenología relacionada con las reacciones a estresores traumáticos, incluidas las pesadillas, las reacciones ansiosas repentinas y las sensaciones de haber cambiado irreversiblemente a causa de una vivencia traumática

4. *Depresión (DEP)* incluye 3 subescalas:

- a. *Cognitiva (DEP-C)* con el fin de identificar expectativas negativas, sensación de inutilidad y errores cognitivos como los descritos por Beck (1967) en su contexto de su teoría de la depresión.
- b. *Fisiológica (DEP-F)* para valorar los rasgos vegetativos y somáticos que a menudo aparecen en los pacientes con depresión.
- c. *Emocional (DEP-E)* evalúa la infelicidad, la disforia y la apatía universalmente asociadas con esta población.

5. *Manía* valora señales típicas de un episodio maníaco mediante 3 subescalas.

- a. *Nivel de actividad (MAN-A)* con elementos referidos a un patrón del habla acelerado, disminución del sueño, aumento de la actividad motora y extravagancia.

- b. *Grandiosidad (MAN-G)* incluye el exceso de autoestima, la sobrevaloración de las propias ideas y un exceso de seguridad interpersonal
 - c. *Irritabilidad (MAN-I)* refleja la impaciencia y la exigencia con los demás.
6. *Paranoia (PAR)* identifica tanto los elementos estructurales de la personalidad como los aspectos sintomáticos mediante 3 subescalas.
- a. *Persecución (PAR-P)* incluye elementos consistentes con la típica creencia delirante que se asocia a la paranoia grave.
 - b. *Hipervigilancia (PAR-H)* indica una actitud de alerta y prevención en las interacciones con otros, al buscar señales de aviso de que la persona con la que está tratando no es de fiar.
 - c. *Resentimiento (PAR-R)* implica sentimientos de amargura y cierta hostilidad y envidia hacia otros, unidos a la sensación de haber sido tratado injustamente por muchas de las personas de su entorno.
7. *Esquizofrenia (ESQ)* incluye 3 subescalas:
- a. *Experiencias psicóticas (ESQ-P)* se basa en los síntomas positivos de la esquizofrenia, tales como ideas delirantes y alucinaciones, síntomas centrales de la definición DSM del trastorno.
 - b. *Indiferencia social (ESQ-S)* se basa en los síntomas negativos más característicos de la esquizofrenia: el retraimiento social y la escasa conexión que se establece con otras personas.

- c. *Alteración del pensamiento (ESQ-A)* incluye elementos que valoran experiencias como el bloqueo de pensamiento, la confusión, la falta de atención y los problemas de concentración

8. *Rasgos límite (LIM)* contiene 4 subescalas:

- a. *Alteración de la identidad (LIM-I)* que indica incertidumbre en la definición de uno mismo y una conceptualización escasamente integrada de uno mismo y los otros significativos.
- b. *Inestabilidad emocional (LIM-E)* indica una tendencia a ser superado por las emociones intensas y escasamente controladas, particularmente por la ira.
- c. *Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-R)* indica una ambivalencia interpersonal marcada por la existencia de una profunda dependencia de otras personas combinada con la expectativa de ser abandonado o explotado por las mismas personas.
- d. *Conductas autolesivas (LIM-A)* reflejan la tendencia a mostrar comportamientos impulsivos y autodestructivos.

9. *Rasgos antisociales (ANT)* posibilita la valoración de tres componentes de la personalidad antisocial; dos representan los aspectos de la personalidad de carácter psicopático y el tercero mide los comportamientos antisociales característicos; está conformado por 3 subescalas:

- a. *Búsqueda de sensaciones (ANT-B)* se refiere a un segundo componente de la personalidad psicopática e implica la tendencia a

buscar emociones fuertes y excitación, con una baja tolerancia al aburrimiento.

- b. *Conductas antisociales (ANT-A)* representa un tipo similar a los problemas de conducta que caracteriza la definición DSM de la personalidad antisocial.

10. *Problemas con el alcohol (ALC) y Problemas con las drogas (DRG)* el modelo de medición para las escalas ALC y DRG se tomó del método utilizado por Edwards y Gross (1976), quienes abordaron las 2 facetas de los problemas con el alcohol: 1) rasgos centrales de la dependencia del alcohol, como el síndrome de abstinencia y la pérdida de control sobre la bebida y 2) incapacidades relacionadas con el alcohol tales como las consecuencias sociales o legales de la bebida. Dada la interrelación entre la dependencia y la incapacidad, las escalas ALC y DRG se diseñaron como unitarias, sin subescalas. Las preguntas van dirigidas a preguntar directamente por el consumo del alcohol y las drogas y por las consecuencias asociadas con él; una vez que un problema de este tipo es identificado, se puede utilizar un instrumento de evaluación más especializado.

Escalas relacionadas con el tratamiento

Las escalas relacionadas al tratamiento proveen información sobre complicaciones potenciales en el tratamiento que no serían visibles en la información diagnóstica, las escalas incluidas son las siguientes:

1. *Agresión (AGR)* valora los 3 elementos de la agresividad identificados por Riley y Treiber (1989); incluye 3 subescalas:
 - a. *Actitud agresiva (AGR-A)* incluye las actitudes generales que conducen a un comportamiento agresivo, como la creencia en la utilidad instrumental de la agresividad.
 - b. *Agresiones verbales (AGR-V)* indican la disposición a mostrar verbalmente la ira, con gritos o lenguaje insultante.
 - c. *Agresiones físicas (AGR-F)* indaga actitudes pasadas y presentes hacia la agresión física.
2. *Ideaciones suicidas (SUI)* detecta los distintos niveles de gravedad en cuestión, particularmente en relación con la amenaza suicida, los elementos van de los pensamientos vagos y poco articulados sobre suicidio hasta los planes inmediatos de conductas autolesivas.
3. *Falta de apoyo social (FAS)* mide los aspectos críticos del entorno social del individuo. En cuanto a la disponibilidad, los elementos incluyen tanto la accesibilidad como el uso del apoyo. Los elementos son de naturaleza descriptiva o evaluativos y con respecto a las redes de apoyo, los elementos se inclinaron hacia la familia y los amigos.

4. *Estrés (EST)* incluyen indicadores globales que recaban información tanto de estresores crónicos como acontecimientos vitales más importantes y menos frecuentes; para ello se tomaron muestras de amplias áreas de contenido, incluyendo fuentes de ocurrencia familiares, laborales, financieras e interpersonales.
5. *Rechazo al tratamiento (RTR)* identifica a individuos que no están motivados hacia el tratamiento y en los que habría riesgo de que no cumplieran con el mismo y lo abandonarían prematuramente.

Escalas de relación interpersonal

Contiene dos escalas interpersonales que se corresponden con los dos ejes del modelo circunplejo interpersonal sistematizado por Leary (1957):

1. *Dominancia (DOM)* formada por elementos que indican una personalidad fuerte, segura y controladora, en contraste con una forma de relacionarse con los demás más autocrítica, pasiva y tímida.
2. *Amabilidad (WRM)* incluye elementos indicativos de un estilo de personalidad sociable, comprensiva y agradable, en contraste con una orientación interpersonal más franca, estricta y crítica. *“Intento incluir a personas que parecen ser rechazadas”*.

Evidencia científica de la versión original del PAI

El Personality Assessment Inventory en su versión original ha sido empleado en investigaciones transdisciplinarias como la realizada por Hopwood, Baker y Morey (2008) quienes encontraron que en el ámbito forense los puntajes altos en la subescala Agresión se relacionan con historiales de asalto, la escala Ideación Suicida con atentados suicidas, la subescala Conducta Antisocial predice la violación de las normas sociales y la escala Rechazo al Tratamiento es un indicador de abandono al tratamiento. La muestra del estudio fueron 753 individuos con cargos legales que fueron canalizados a tratamiento de abuso de sustancias en Estados Unidos. Se han realizado otros estudios para confirmar la validez de las escalas de PAI como el desarrollado por Calhoun, Bobbs, Crawford y Beckham (2009) que demostró que la subescala Estrés Postraumático hace un diagnóstico eficiente de éste trastorno, la muestra estuvo compuesta por 72 mujeres diagnosticadas con el trastorno y un grupo control de 76 mujeres. Breshears, Brenner, Harwood y Gutiérrez (2010) confirmaron la capacidad del PAI para predecir el comportamiento suicida evaluado por la subescala Ideación Suicida de veteranos con traumatismo cerebral; utilizaron los registros médicos de 157 veteranos que sufrieron algún traumatismo cerebral entre 1954 y 2005. Otra investigación se centró en saber la existencia de diferencias entre medidas de validez del PAI entre dos grupos, el primero compuesto por 25 adultos que carecían de vivienda y el segundo de 25 adultos que si la tienen. La prueba t mostró que no existían diferencias significativas en ambos grupos; lo que implica

que la prueba mide lo que debe medir y la hace confiable, esta investigación fue llevada a cabo por Hellings, Whiteside y Czysz (2011).

En resumen se trata de un instrumento que dado sus características puede ser útil al ser utilizado como instrumento diagnóstico.

CAPITULO 3

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

Enfermedades crónicas

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (OMS, 1979).

Barquin (2002) considera que los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser auditiva, visual, etc., hasta enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades músculo-esqueléticas, etc.; y aún más alarmante desde el punto de vista estadístico es que el mayor número de personas desarrollará algún tipo de incapacidad o enfermedad crónica que pueda llegar a ser causa de muerte.

La mayoría de las enfermedades crónicas afecta aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen (Vinaccia y Orozco, 2005). Una de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que

la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad).

El autor hace mención a la etapa crítica de la enfermedad crónica e identifica una serie de reacciones comunes en ésta, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocionalmente razonable: mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales y la preparación para el futuro. En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social- familiar. Brannon y Feist (2001) identificaron un tipo de negación que se presentaba antes del diagnóstico y que podía llegar a significar un obstáculo para acceder al tratamiento.

Lazarus y Folkman (1986) hablan de la negación que se presenta inmediatamente después del diagnóstico, la cual cumple para el paciente una función protectora al reducir los niveles de estrés. Así, la negación cumpliría un papel importante en el manejo de la enfermedad, pues disminuiría el nivel de estrés en el paciente y permitiría un manejo más adecuado de su proceso de adaptación posterior a la enfermedad. De forma conjunta, el sentimiento de miedo se hace presente a lo largo de la enfermedad. Así, cada recaída, visita médica y análisis frecuentes

pueden convertirse en una gran fuente de temor ante la posibilidad de agravamiento de la enfermedad.

Después de un lapso, el paciente comprende las implicaciones que tiene su enfermedad; en ese momento aparecen los sentimientos depresivos, luego de entender las consecuencias y condiciones de tener o padecer una enfermedad crónica. Claro que estas reacciones emocionales no se presentan en todos los pacientes con enfermedades crónicas, y su orden de aparición no es el mismo en todos los casos; incluso hay casos en los cuales no se presentan. Las reacciones emocionales asociadas no aparecen en una secuencia previamente establecida; pueden aparecer en el individuo en cualquier momento de la enfermedad o del proceso de adaptación a ésta y deben ser tomadas, como lo han señalado Lazarus y Folkman(1986), como “reacciones emocionales normales” y su ausencia puede ser relacionada con un proceso de recuperación más lento y doloroso.

Dentro de las enfermedades crónicas se encuentran las enfermedades neoplásicas (tumores), la mayor parte de estos cuadros son graves y constituyen una amenaza para la vida; representan también un problema significativo para la medicina y la psicología de la salud, ya que no sólo afectan a la persona que padece la enfermedad, sino también a los familiares y amigos. Las enfermedades crónicas, como el cáncer, no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos (Brannon y Feist, 2001).

Enfermedades autoinmunes

Aunque la inmunidad tiene indudablemente un valor positivo para la supervivencia del individuo y de la especie, no existe una correspondencia *biunívoca* entre inmunidad y defensa: hay mecanismos defensivos naturales o constitutivos que son anteriores o independientes de los que llamamos inmunidad adquirida o adaptativa, así como también hay respuestas inmunes que no protegen, sino que actúan patogénicamente y causan enfermedades alérgicas y un grupo muy heterogéneo de condiciones clínicas en las cuales el sistema inmune ataca los constituyentes propios del individuo, por lo que se les denomina enfermedades autoinmunes (EA). La lesión autoinmune puede ser puntual, como pasa cuando los anticuerpos específicos y las células autoinmunes destruyen un solo tipo celular como son las células beta del páncreas por lo cual causan diabetes mellitus insulino dependiente (DMID), puede estar dirigida frente a un sistema de órganos, como es el sistema nervioso central en la esclerosis múltiple, o puede atacar múltiples sistemas, como ocurre en el *lupuseritematoso sistémico* (LES).

El estudio de las EA acapara el interés de la comunidad científica por 2 razones importantes: en primer lugar, las EA por su frecuencia y gravedad son una notable causa de padecimientos y disminución de la vida del hombre. En segundo, el entendimiento de los trastornos que conducen a la autoinmunidad patológica, podrá ayudar a descifrar los mecanismos de control de la respuesta inmune, los que mantienen el fino equilibrio biológico entre salud y enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México nos encontramos rezagados en investigación y desarrollo de pruebas psicométricas que nos ayuden a evaluar y estudiar a nuestra población mexicana tanto sana como con enfermedades crónicas y/o autoinmunes y psicológicamente como lo es la depresión mayor, ansiedad generalizada, etc. Que nos aquejan tanto en la actualidad; a fin de crear nuevas teorías que nos ayuden a comprender, detectar, predecir e intervenir en comportamientos tan cambiantes y complejos a los que nos enfrentamos hoy en día.

JUSTIFICACIÓN

La presente tesis es una aportación al trabajo que se viene realizando tiempo atrás sobre la estandarización del PAI, ya que como se menciona no existen aplicaciones de esta versión recortada con ningún tipo de pacientes clínicos.

OBJETIVO

Evaluar si existen diferencias en los pacientes con enfermedades crónicas, autoinmunes y psicológicas en las escalas clínicas.

Objetivos Específicos:

- Determinar si existen diferencias en las escalas clínicas según la edad de los participantes.

- Determinar si existen diferencias en las escalas clínicas según el sexo de los participantes.
- Determinar si existen diferencias en las escalas clínicas según el diagnóstico médico de los participantes.

HIPÓTESIS

Se encontrarán diferencias en las escalas clínicas de la prueba (PAI) al compararlas con los diferentes diagnósticos, edad y sexo de los participantes.

VARIABLES

Definición conceptual

*Escalas clínicas: Serie de reactivos que nos ayudan a diagnosticar un síndrome, que se caracteriza por un deterioro clínicamente significativo en la cognición, regulación emocional o el comportamiento, que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen en el funcionamiento mental (DSM-5, 2013 pág. 20).

Definición operacional

*Escalas clínicas: Representadas por el puntaje de las 11 escalas de la prueba PAI.

DISEÑO

Exposfacto de una sola muestra.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra estuvo constituida por 139pacientes, de los cuales el 21% presentaban enfermedades autoinmunes, 51% enfermedades crónicas y 28% trastornos psicológicos. El 53% fueron mujeres y el 47% restante hombres. Las edades estuvieron representadas en un 46% por adultos, 40% por adultos jóvenes y 14% de la muestra fueron adultos mayores.

INSTRUMENTO

Se utilizó la versión recortada de la prueba Personality AssessmentInventory PAI. Anexo 1. (Al Azzam& Muñoz, 2013). Es un instrumento psicométrico que evalúa la personalidad mediante una escala tipo Likert compuesto por 21 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas relacionadas con el tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales. Para el presente trabajo únicamente se utilizaron las escalas clínicas que son las siguientes: Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos límite de la personalidad, Rasgos Antisociales, Problemas con el Alcohol y Problemas con drogas.

PROCEDIMIENTO

Se asistió a hospitales del sector público de la zona metropolitana, para la aplicación de la prueba, se pidió permiso de los jefes de servicio y a los pacientes que desearon participar, se les explicó el propósito del estudio, señalando que la participación era voluntaria. Se pidió a los participantes nos dieran su diagnóstico y se corroboró con el médico.

Se procedió a la aplicación del instrumento entregando el cuestionario con los reactivos seleccionados y la hoja de respuestas otorgándoles tiempo aproximado de 30 minutos para contestar la prueba. Se aclararon dudas para no sesgar las respuestas, también se cuidaron aspectos éticos, explicándoles a los participantes que la información que nos brindaba era totalmente confidencial.

Al finalizar el tiempo se recogió el instrumento y se les agradeció por su colaboración.

RESULTADOS

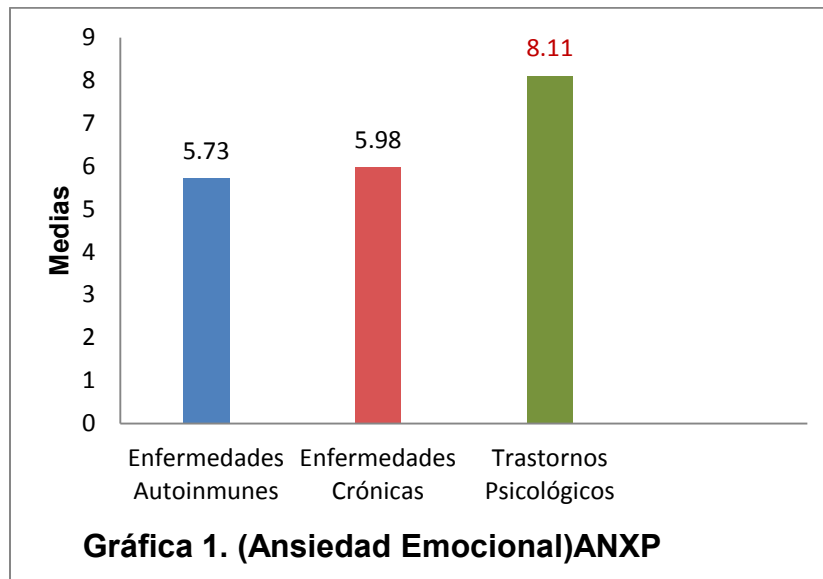
Se elaboró la base de datos, se utilizó el programa estadístico SPSS y usando la prueba de MANOVA se realizó un cruce de variables de las escalas clínicas con las variables sexo, edad, y diagnóstico. Se encontraron diferencias por el efecto principal de las variables sexo y diagnóstico, y por el efecto de interacción de sexo con diagnóstico, y de diagnóstico con edad.

En la comparación de cada una de las escalas clínicas y el sexo de los participantes, se encontraron diferencias en la escala de quejas somáticas en la subescala de conversión, así como en la escala de problemas con drogas. (Tabla 1).

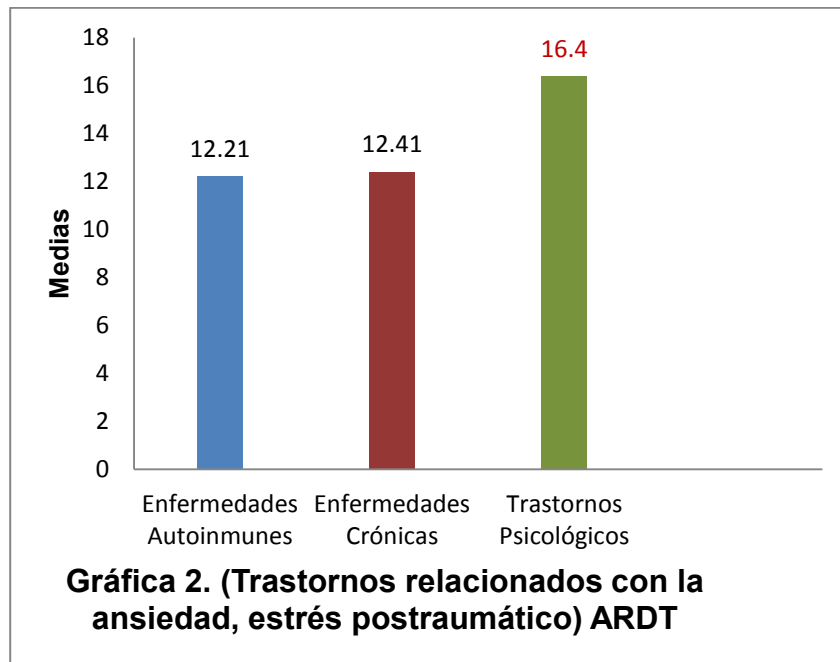
Tabla 1. Medias de las escalas clínicas y sexo

Escala	Sexo		F	p
	Masculino	Femenino		
Quejas somáticas de conversión	6.03	6.88	4.84	.030
Problemas con las drogas	9.35	8.62	5.88	.010

Por otra parte, cuando se comparó cada una de las escalas clínicas y el diagnóstico de los participantes, se encontró que en la escala de Ansiedad subescala emocional, hubo diferencias significativas en puntajes de las medias en los pacientes con trastornos psicológicos comparados con los de enfermedades autoinmunes y enfermedades crónicas, con un valor de significancia de .000 y un valor F de 11.62. (Grafica 1).

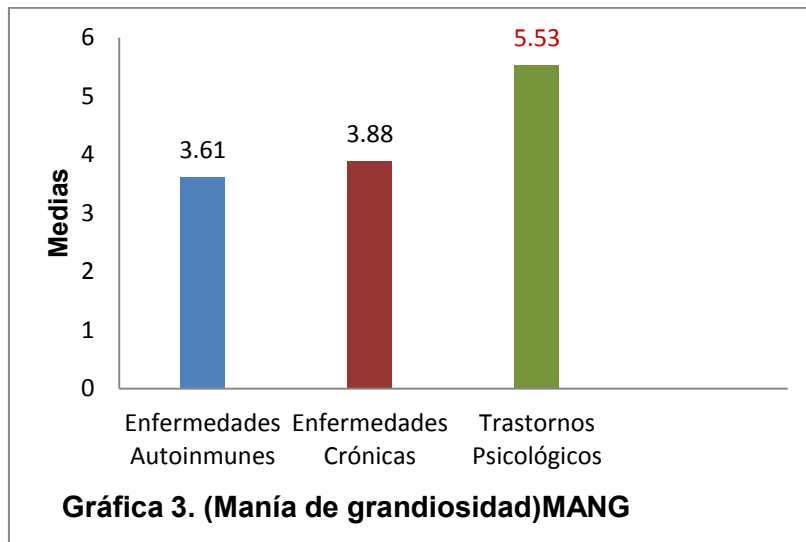


En la escala de Trastornos relacionados con la ansiedad, se encontraron diferencias significativas en las 3 subescalas: Obsesivo compulsivo, Fobias, y Estrés postraumático, con un valor de significancia de .000, así como un valor F de 17.20, encontrando un puntaje mayor en la media de los participantes con Trastornos Psicológicos comparados con aquellos de enfermedades autoinmunes y crónicas (Gráfica 2).

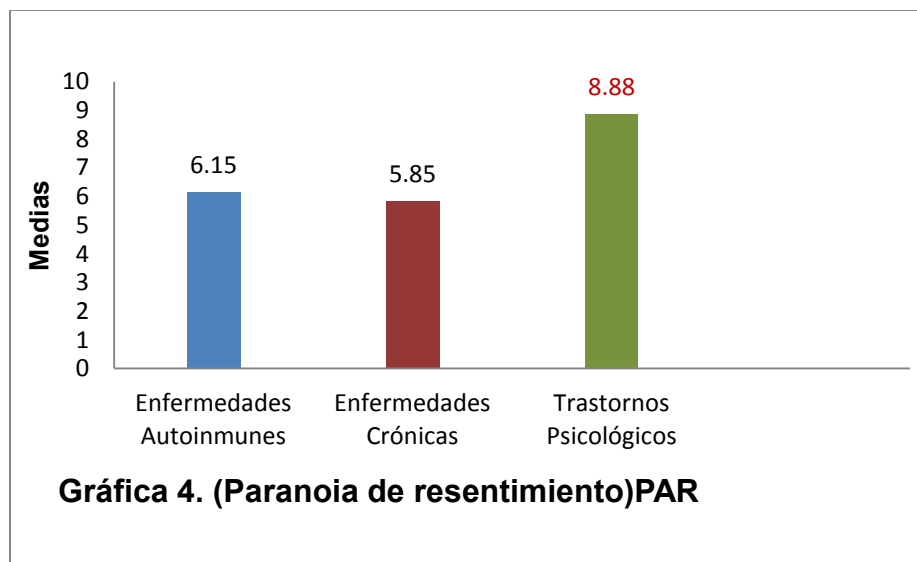


En la escala de Depresión, en las 3 subescalas correspondientes: Cognitiva, Fisiológica y Emocional, se encontraron diferencias significativas.

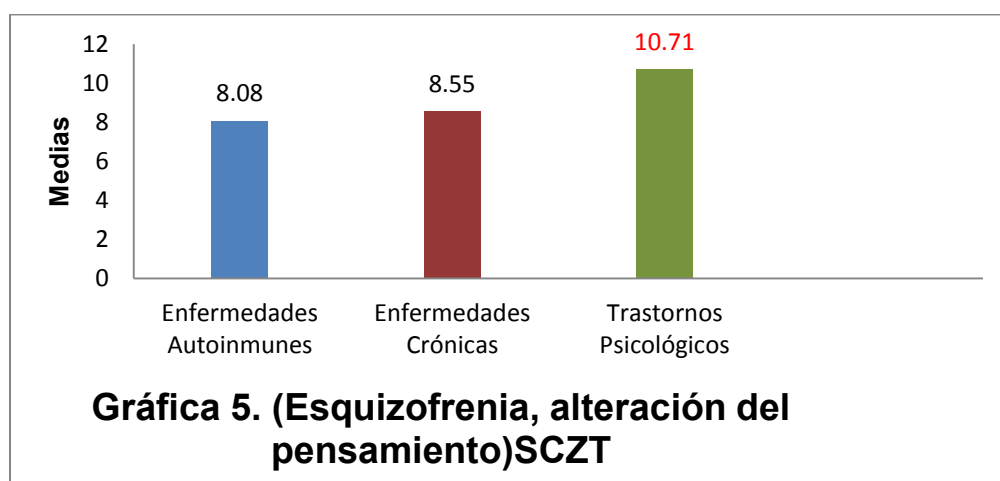
Para la escala de Manía, únicamente se encontraron diferencias significativas en la subescala de Irritabilidad y Grandiosidad, encontrando en esta última un valor de significancia de .000 y un valor F de 23.09 así como un puntaje mayor en la media de los pacientes con Trastornos Psicológicos comparado con los pacientes de enfermedades autoinmunes y crónicas (Gráfica 3).



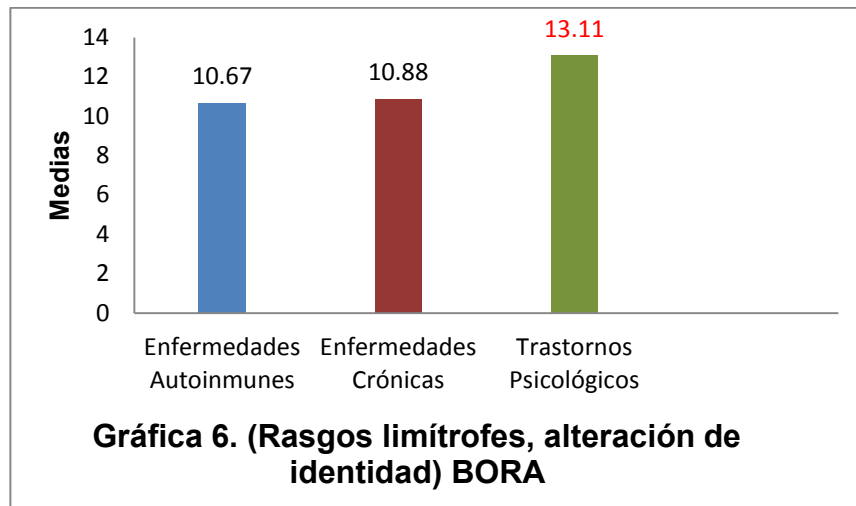
Se encontraron diferencias significativas en la escala de Paranoia, subescala de resentimiento con un valor de significancia de .000 y un valor F de 30.77 encontrando diferencias en los puntajes de las medias en los pacientes de enfermedades autoinmunes y enfermedades crónicas comparados con pacientes con Trastornos psicológicos (Gráfica 4).



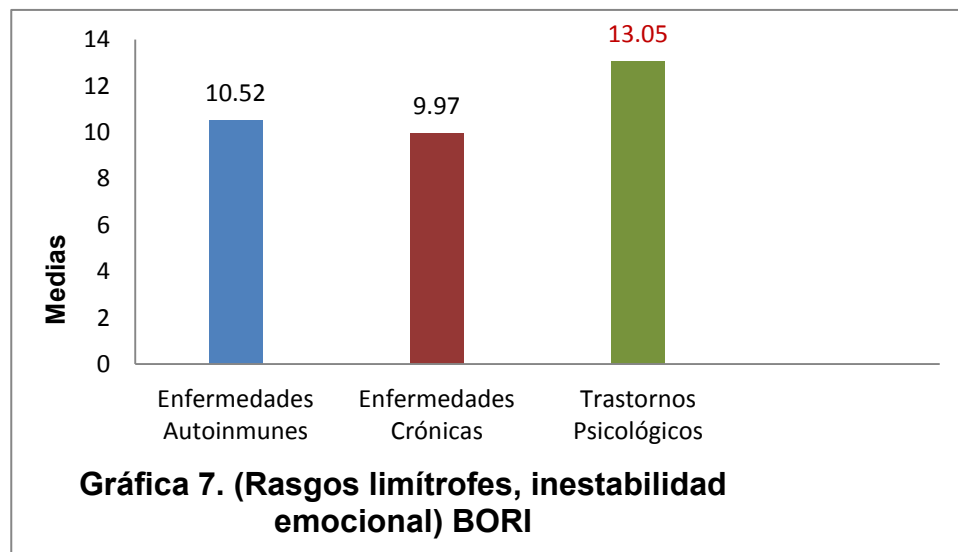
En la escala de Esquizofrenia se encontraron diferencias en la subescala de Alteración del Pensamiento en las medias de los participantes de Trastornos psicológicos comparados con aquellos de Enfermedades Autoinmunes y Enfermedades Crónicas con un valor de significancia de .000 y un valor F de 12.62 (Gráfica 5).



Finalmente, en la escala de Rasgos límite se encontraron diferencias en las subescalas de Inestabilidad Emocional, Conductas Autolesivas y Alteración de la Identidad en esta última, con un valor mayor en la media de los pacientes con Trastornos Psicológicos comparados con los pacientes de Enfermedades Autoinmunes y Crónicas, encontrando una significancia de .000 y un valor F de 15.50 (Gráfica 6).



Dentro de la escala de Quejas Somáticas en la subescala de Conversión se encontró un valor mayor en la media de pacientes con Trastornos Psicológicos comparado con aquellos de enfermedades Autoinmunes y Crónicas, con un valor de significancia de .000 y un valor F de 11.57 (Gráfica 7).



En la tabla 2 comparamos las escalas clínicas con el diagnóstico pudiendo observar medias mayores en pacientes con trastornos psicológicos, seguidos por los de enfermedades crónicas y por último los que padecían enfermedades autoinmunes, en las escalas de depresión fisiológica y conductas autolesivas encontramos medias mayores en pacientes con enfermedades crónicas ($\bar{X}=5.84$; $\bar{X}=14.46$) seguidas por pacientes con enfermedades autoinmunes ($\bar{X}=5.41$; $\bar{X}=13.63$) con un valor de F de 5.07 y 5.85 con un valor de significancia de .008 y .004 respectivamente.

Tabla 2. Medias de las escalas clínicas y diagnóstico

Escala	Diagnóstico			F	p
	Enfermedades autoinmunes	Enfermedades crónicas	Trastornos psicológicos		
Ansiedad emocional	10.58	10.63	12.65	11.62	.000
Obsesivo-Compulsivo	2.38	2.20	2.98	8.70	.000
Fobias	6.08	6.25	7.65	9.62	.000
Estrés postraumático	12.21	12.41	16.40	17.20	.000
Depresión cognitiva	9.21	9.32	11.50	12.39	.000
Depresión emocional	7.76	7.49	9.63	13.79	.000
Depresión fisiológica	5.41	5.84	4.94	5.07	.008
Manía de grandiosidad	3.61	3.88	5.53	23.09	.000
Manía de irritabilidad	12.00	11.66	13.82	5.92	.003
Paranoia de resentimiento	6.15	5.85	8.88	30.77	.000
Esquizofrenia experiencias psicóticas	2.15	2.33	3.30	9.24	.000
Esquizofrenia alteración del pensamiento	8.08	8.55	10.71	12.62	.000
Inestabilidad emocional	10.67	10.88	13.11	15.50	.000
Alteración de identidad	10.52	9.97	13.05	11.57	.000
Conductas autolesivas	13.63	14.46	12.59	5.85	.004

Al comparar las escalas clínicas con sexo y el diagnóstico de los participantes se encontró lo siguiente:

En el caso de los Hombres, en la escala de Ansiedad Fisiológica existen diferencias significativas en hombres con enfermedades Autoinmunes y Crónicas comparadas con los que tienen Trastornos Psicológicos, con un puntaje en la media mayor en estos últimos, un valor F de 3.64 y una significancia de .002.

Para la escala de Depresión Cognitiva, existen diferencias significativas en hombres con Enfermedades Autoinmunes comparándolos con aquellos que tienen Trastornos Psicológicos, con un valor F de 4.11 y una significancia .001.

En la escala de Depresión Fisiológica, se encuentran diferencias significativas en hombres de Enfermedades Autoinmunes y Enfermedades Crónicas comparados con aquellos de Trastornos Psicológicos habiendo un puntaje mayor en la media de estos últimos, un valor F de 7.08 y una significancia de .001.

En cuanto a la escala de Manía de Grandiosidad se encuentran diferencias significativas en hombres con Enfermedades Autoinmunes y Enfermedades Crónicas comparados con los que tienen Trastornos psicológicos, existiendo un puntaje más elevado en las medias de estos último, un valor F de 15.39 y una significancia de .000.

En la escala de Paranoia de Resentimiento, existen diferencias significativas en hombres con Enfermedades Autoinmunes y Crónicas comparados con aquellos de Trastornos Psicológicos, con un valor mayor en la media de estos últimos, un valor F de 10.35 con una significancia de .000.

Por último en la escala de Alteración de Identidad existen diferencias significativas en aquellos con Enfermedades Autoinmunes y Crónicas comparados con aquellos de Trastornos Psicológicos, con un valor mayor en la media de estos últimos, un valor F de 7.00 y con una significancia de (Tabla 3).

En el caso de las Mujeres, en la escala de Ansiedad Emocional existen diferencias significativas en mujeres con enfermedades Crónicas comparadas con las que tienen Trastornos Psicológicos, con un puntaje en la media mayor en estas últimas, un valor F de 13.36 y una significancia de .002.

En cuanto a la escala Obsesivo Compulsivo se encuentran diferencias significativas en mujeres con Enfermedades Crónicas comparadas con las que tienen Trastornos psicológicos, existiendo un puntaje más elevado en las medias de estas últimas, un valor F de 3.33 y una significancia de .003.

En la escala de Paranoia de Resentimiento, existen diferencias significativas en mujeres con Enfermedades Crónicas comparadas con aquellas de Trastornos Psicológicos, con un valor mayor en la media de estas últimas, un valor F de 22.43 con una significancia de .000.

Para la escala de Inestabilidad Emocional existen diferencias significativas en aquellas con Enfermedades Crónicas comparadas con aquellas de Trastornos Psicológicos, con un valor mayor en la media de estos últimos, un valor F de 7.13 y con una significancia de .000.

Por último en la escala de Alteración de Identidad existen diferencias significativas en aquellos con Enfermedades Autoinmunes comparadas con aquellas de Trastornos Psicológicos, con un valor mayor en la media de estos últimos, un valor F de 9.12 y con una significancia de (Tabla 4).

Tabla 3. Medias de las escalas clínicas diagnóstico en la muestra de hombres.

Escala	Diagnóstico			F	p
	Enfermedades Autoinmunes	Enfermedades Crónicas	Trastornos Psicológicos		
Ansiedad emocional	5.10	6.00	7.76	6.58	.000
Ansiedad fisiológica	10.80	10.41	12.23	3.64	.002
Obsesivo-compulsivo	2.30	2.23	3.15	5.41	.000
Estrés postraumático	11.80	12.41	15.84	5.61	.000
Depresión cognitiva	8.80	9.32	11.15	4.11	.001
Depresión fisiológica	7.90	7.55	9.92	7.08	.000
Manía de grandiosidad	3.50	3.88	6.00	15.39	.000
Paranoia de resentimiento	6.00	6.02	8.76	10.95	.000
Esquizofrenia alteración del pensamiento	7.80	8.72	11.23	7.58	.000
Inestabilidad emocional	10.00	9.90	12.92	4.86	.000
Alteración de identidad	10.30	10.69	13.00	7.00	.000

Tabla 4. Medias de las escalas clínicas diagnóstico en la muestra de mujeres.

Escala	Diagnóstico			F	p
	Enfermedades Autoinmunes	Enfermedades Crónicas	Trastornos Psicológicos		
Ansiedad emocional	6.36	5.96	8.46	13.36	.000
Ansiedad fisiológica	10.36	10.85	13.07	11.17	.000
Obsesivo-compulsivo	2.47	2.17	2.80	3.33	.030
Estrés postraumático	12.63	12.46	16.96	13.75	.000
Depresión cognitiva	9.63	9.32	11.84	9.78	.000
Depresión fisiológica	7.63	7.42	9.34	7.16	.000
Manía de grandiosidad	3.73	3.89	5.07	7.91	.000
Paranoia de resentimiento	6.31	5.67	9.0	22.43	.000
Esquizofrenia alteración del pensamiento	8.36	8.39	10.19	5.06	.000
Inestabilidad emocional	11.05	10.03	13.19	7.13	.000
Alteración de identidad	11.05	11.67	13.23	9.12	.000

Tabla 5. Medias de las escalas clínicas por diagnóstico y edad

ESCALAS	EDAD	Diagnóstico								
		Enfermedades crónicas			Enfermedades autoinmunes			trastornos psicológicos		
		\bar{X}	F	p	\bar{X}	F	p	\bar{X}	F	p
Ansiedad fisiológica	Adultos jóvenes	6.14	0.16	.840	6.90	2.13	.124	8.77	2.12	.123
	Adultos	5.88	0.16	.840	5.50	2.13	.124	7.50	2.12	.123
	Adultos mayores	5.88	0.16	.840	5.20	2.13	.124	8.60	2.12	.123
Paranoia de persecución	Adultos jóvenes	4.14	0.31	.731	3.80	0.19	.820	5.27	1.85	.161
	Adultos	4.47	0.31	.731	4.21	0.19	.820	4.18	1.85	.161
	Adultos mayores	4.22	0.31	.731	4.20	0.19	.820	5.00	1.85	.161
Paranoia de resentimiento	Adultos jóvenes	5.78	0.45	.634	6.80	0.76	.468	9.33	1.66	.197
	Adultos	5.82	0.45	.634	5.92	0.76	.468	8.87	1.66	.197
	Adultos mayores	6.44	0.45	.634	5.80	0.76	.468	7.60	1.66	.197
Esquizofrenia con experiencias psicóticas	Adultos jóvenes	2.60	1.39	.250	2.30	0.10	.891	3.88	4.19	.015
	Adultos	2.17	1.39	.250	2.21	0.10	.891	3.25	4.19	.015
	Adultos mayores	2.00	1.39	.250	2.00	0.10	.891	2.20	4.19	.015
Inestabilidad emocional	Adultos jóvenes	11.03	0.43	.649	11.80	1.98	.146	14.16	6.78	.000
	Adultos	10.82	0.43	.649	10.30	1.98	.146	12.81	6.78	.000
	Adultos mayores	10.33	0.43	.649	10.20	1.98	.146	10.60	6.78	.000
Relaciones interpersonales problemáticas	Adultos jóvenes	3.46	6.06	.000	3.00	0.02	.943	3.11	1.83	.161
	Adultos	3.23	6.06	.000	2.92	0.02	.943	2.56	1.83	.161
	Adultos mayores	2.33	6.06	.000	3.00	0.02	.943	3.00	1.83	.161

Al comparar las escalas clínicas con el diagnóstico y la edad, encontramos diferencias significativas menores a .05 en pacientes con trastorno psicológico en las escalas de esquizofrenia con experiencias psicóticas y rasgos límite de inestabilidad emocional en adultos jóvenes, adultos y adultos mayores.

En la escala clínica de rasgos límite de relaciones interpersonales problemáticas encontramos diferencias significativas $p=.00$ en los pacientes con enfermedades crónicas en los tres rangos de edad (Tabla 5).

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente tesis fue determinar si se presentaban diferencias entre los pacientes con enfermedades crónicas, autoinmunes y psicológicas en las escalas clínicas utilizando la prueba de personalidad PAI estandarizada para población mexicana, el cual se cumple al observar que efectivamente hubo diferencias significativas en algunas escalas, ya que los valores de significancia fueron menores a .05. Encontramos diferencias de mayor relevancia en las escalas clínicas al comparar la variable diagnóstico, los puntajes en las medias de los participantes con trastornos psicológicos fueron mayores comparados con los de enfermedades autoinmunes y crónicas. En cuanto al sexo de los participantes, se encontraron solo algunas diferencias al cruzarlas con esta variable. En la subescala clínica de relaciones interpersonales problemáticas encontramos que todos los pacientes con enfermedades crónicas sin importar su edad aparecen aquí y en trastornos psicológicos sin importar la edad sobresalen en las escalas de esquizofrenia con experiencias psicóticas y en rasgos limítrofes de inestabilidad emocional. Las escalas relacionadas al tratamiento y las escalas interpersonales no fueron consideradas para este estudio. Cabe mencionar que no tenemos normas de calificación, debido a que la escala no está validada.

Este estudio fue un análisis factorial exploratorio, que se hizo con la finalidad de conocer si existían diferencias entre las subescalas clínicas, no existe literatura que sustenten los resultados obtenidos pues aún no existe información u otros

estudios que hagan referencia al tema, únicamente se pueden reflejar tendencias en las variables sexo, edad y diagnóstico.

Existieron algunas limitaciones metodológicas, como el tamaño de la muestra, que de ser más grande posiblemente se arrojarían otros resultados. También se podría continuar con el trabajo psicométrico para afinar el instrumento e incluso trabajar con otro tipo de enfermedades.

REFERENCIAS

- Back, S. E., Dansky, B. S., Coffey, S. F., Saladin, M. E., Sonne, S. C., & Brady, K. T. (2000). Cocaine dependence with and without posttraumatic stress disorder: a comparison of substance use, trauma history, and psychiatric comorbidity. *American Journal on Addictions*, 9(1), 51-62.
- Barquín, M. (2002). La moderna salud pública. *Revista Médica del IMSS*, 40, 483-486.
- Beck, A. T. (1967). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy: 125-138
- Brannon, L. & Feist, J. (2001) *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo
- Breshears, R. E., Brenner, L. A., Harwood, J. E. F. & Gutiérrez P. M. (2010). Predicting Suicidal Behavior in Veterans With Traumatic Brain Injury: The Utility of the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 92(4), 349-355, Doi: 10.1080/00223891.2010.482011
- Calhoun, P. S., Boggs, C. D., Crawford, E. F. & Beckham (2009). Diagnostic Efficiency of the Personality Assessment Inventory LOGIT Function for Posttraumatic Stress Disorder in Women. *Journal of Personality Assessment*, 91(5), 409-415, Doi: 10.1080/00223890903087497
- Coles, M. E., Turk, C. L. & Heimberg, R. G. (2007). Memory bias for threat in generalized anxiety disorder: the potential importance of stimulus

- relevance. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(2), 65-73.
Doi:10.1080/16506070601070459
- Deschênes, S. S., Dugas, M. J., Fracalanza, K. & Koerner, N. (2012). The role of anger in generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 261-271. Doi: 10.1080/16506073.2012.666564
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. México:
- Geisinger, K. F. (1994). Cross-Cultural Normative Assessment: Translation and Adaptation Issues Influencing the Normative Interpretation of Assessment Instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304-312.
- Harvey, A. G. & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorders: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66(3), 12-507.
- Hellings, J. R., Whiteside, D. M. & Czysz, J. D. (2011). Homelessness and Response Styles on the Personality Assessment Inventory in a Compensation Seeking Sample. *Journal of Personality Assessment*, 93(3), 266-269, Doi: 10.1080/00223891.2011.558869
- Hopwood, C. J., Baker, K. L. & Morey, L. C. (2008). Extratest Validity of Selected Personality Assessment Inventory Scales and Indicators in an Inpatient Substance Abuse Setting. *Journal of Personality Assessment*, 90(6), 574-577, Doi: 10.1080/00223890802388533
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez- Roca.

- Mikkelsen, E. G. & Einarsen, S. (2002). Relationships and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(5), 397-405
- Moulding, R., Kyrios, M., Doron, G. & Nedeljkovic, M. (2009). Mediated and Direct Effects of General Control Beliefs on Obsessive Compulsive Symptoms. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 41(2), 84-92.
- Morey, L. C. (2007). *Personality Assessment Inventory (PAI). Professional Manual*. Estados Unidos: PAR
- OMS (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Autor.
- Popovici, Z., Lazarescu, M., Ienciu, M., Bredicean, C., Giurgi, O. C., Baranescu, R., & Cristanovici, M. (2012). Schizophrenia Spectrum Disorders: Similarities and Differences of Social Cognition. *Acta Medica Marisiensis*, 58(1), 45-47.
- Salkovskis, P. M., (1985) Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Sparks, A., McDonald, S. Lino, B., O'Donnell, M., & Green, M. (2010). *Social cognition, empathy and functional outcome in schizophrenia*. *Schizophrenia Research*, 122, 172-178.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas.

ANEXO 1

Resumen análisis factorial exploratorio (tomada de Al Azzam& Muñoz, 2013).

Escalas	Ítems que se conservan	Ítems que se eliminan
Infrecuencia	120, 160, 200, 240, 320	40, 80, 280
Impresión Negativa	129, 169, 209, 249, 289, 329	9, 49, 89
Impresión Positiva	24, 104, 144, 184, 224, 264, 304, 344	64
Quejas Somáticas	3, 12, 32, 43, 72, 83, 92, 123, 132, 163, 172, 212, 243, 272, 283, 292	52, 112, 152, 192, 203, 232, 252, 312
Ansiedad	4, 25, 33, 44, 65, 84, 105, 113, 124, 145, 153, 164, 193, 204, 225, 233, 244, 265, 284, 305, 313	73, 185, 273
Trastornos Relacionados con la Ansiedad Depresión	26, 45, 74, 85, 106, 114, 125, 146, 154, 194, 234, 245, 274, 314 6, 27, 35, 67, 75, 86, 107, 115, 147, 155, 187, 227, 246, 267, 275, 307 7, 28, 68, 76, 87, 108, 116, 127, 148, 156, 188, 196, 236, 268, 276, 287, 308, 316	5, 34, 66, 165, 186, 205, 226, 266, 285, 306 46, 126, 166, 195, 206, 235, 286, 315 36, 47, 167, 207, 228, 247
Manía	8, 29, 77, 109, 117, 128, 149, 157, 168, 197, 229, 288	37, 48, 69, 88, 189, 208, 237, 248, 269, 277, 309, 317
Paranoia	38, 70, 78, 90, 110, 118, 130, 158, 190, 198, 210, 230, 238, 250, 290, 310	10, 30, 50, 150, 170, 270, 278, 318
Esquizofrenia	14, 17, 19, 54, 57, 59, 94, 97, 99, 134, 137, 139, 143, 177, 219, 223, 263, 303, 343	174, 179, 183, 214, 217
Rasgos Limítrofes	11, 31, 39, 51, 71, 79, 151, 159, 171, 191, 199, 231, 239, 251, 271, 291	91, 111, 131, 119, 211, 279, 311, 319
Rasgos Antisociales	55, 95, 135, 175, 215, 254, 255, 295	15, 294, 334, 335
Problemas con el Alcohol	22, 23, 102, 103, 142, 262	62, 63, 182, 222, 302, 342
Problemas con las Drogas	18, 21, 61, 138, 141, 181, 218, 258, 259, 299, 338, 339	58, 98, 101, 178, 221, 259
Agresión	60, 260, 300, 301, 340	20, 100, 140, 180, 220, 261, 341
Ideación suicida	321, 324, 325, 327	322, 323, 326, 328
Estrés	1, 41, 81, 121, 161, 201, 281	241
Falta de apoyo Social		

Rechazo al	2, 42, 82, 162, 202, 242, 282	122
Tratamiento		
Dominancia	16, 56, 96, 136, 176, 216, 257, 297, 336	256, 296, 337
Amabilidad	13, 53, 93, 133, 173, 213, 253, 293, 331	330, 332, 333