



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERISTICAS
PSICOLOGICAS ENTRE UN GRUPO DE PACIENTES
FEMENINAS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
Y UN GRUPO DE MUJERES NORMALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA BELEM LARA GARCIA

Director de Tesis
LIC. CELSO SERRA PADILLA

M-0031535



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.

A mis padres,
a mi esposo,
a mis hermanos,
a mis maestros,
a mi entrañable amiga Lety,
a mi asesor, Lic.Celso Serra
y al Dr.Esteban Daza, dado -
que ellos son partícipes de-
la alegría de mi realización
por el aliento y ayuda que -
me afrecieron en los momen--
tos más críticos de mi carre
ra, cuando esta parecía sin-
meta humanamente alcanzable.

Belem

T. Ps. 4296

4296

I N D I C E

RESUMEN	Pág.
INTRODUCCION	
I.- PERSONALIDAD	9
1.1 Definiciones	
1.2 Desarrollo de la personalidad	
II.- AUTOCONCEPTO	14
2.1 Concepto de identidad	
2.2 El ego	
2.3 El sí mismo	
2.4 El autoconcepto	
III.- LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	25
3.1 Concepto de Lupus Eritematoso Sistémico	
3.2 Aspectos Biológicos de Lupus Eritematoso Sistémico	
3.3 Psicogénesis de la paciente lúpica	
3.4 Antecedentes Científicos	
IV.- METODO	42
4.1 Planteamiento del Problema	
4.2 Hipótesis	
4.3 Variables	
4.4 Muestra	
4.5 Escenario	
4.6 Instrumentos de Medición	
4.7 Procedimiento	
4.8 Tratamiento Estadístico	

V.-	RESULTADOS	67
5.1	Tablas de Resultados y Perfiles	
5.2	Resultado de las Hipótesis	
5.3	Interpretación de las Escalas del In- ventario Multifásico de la Personali- dad (M.M.P.I.) de acuerdo a sus <u>perfi</u> les	
VI.-	DISCUSION	96
VII.-	CONCLUSIONES	97
	SUGERENCIAS PARA ESTUDIOS POSTERIORES	99
	BIBLIOGRAFIA	100

R E S U M E N

El objetivo de esta investigación es encontrar características psicológicas en pacientes lúpicas, razón por la cual al escoger este tema para mi tesis profesional, quise vivir intensamente el ambiente que rodea a la paciente y me sentí envuelta por la angustia y el deseo desesperado de ser útil a mis semejantes. Así, si logro presentar el panorama desquiciante que tiene ante sí y la imperiosa necesidad de afrontarlo aplicando la fuerza de la mente en su aspecto positivo, me sentire plenamente satisfecha.

Consecuentemente tenemos que analizar, profundizándolo el ambiente que rodea a las víctimas del malhadado azote, buscando que las pacientes creen condiciones psicológicas apropiadas que alienten y no depriman al enfermo, para que este sobrelleve normalmente su vida, al impulsar sus factores positivos hasta lograr atemperar los impactos psicológicos negativos.

Ciertamente es muy difícil lograr lo anterior, dado que los parientes más cercanos al paciente, al tener contacto directo con él, resulta lógico que centren toda la atención en el padecimiento físico, olvidándose del aspecto psicológico. Por ello es necesario recalcar, insistir que tanto lo uno como lo otro debe ser atendido, so pena de no lograr el control mismo de la enfermedad

Para llegar a este resultado tuvimos que encuadrar teóricamente los estudios hechos por Erikson, Sullivan y Fittz los cua

ciertas conductas del niño al no ser aceptadas por la madre, -
provocan en ésta reacciones de desaprobación que originan que-
el niño asocie ciertas conductas censurables con la ansiedad.

El no-yo. Es su personificación rudimentaria se origina-
de la experiencia de una ansiedad intensa. Estas experiencias
no se sabe qué los provoca; son organizadas y presentan como -
símbolos paratáxicos primitivos sin elaborar.

Sistema del Self

De la personificación del yo-bueno y de la capacidad de -
advertir por ligeros aumentos de ansiedad las situaciones que-
involucran a la persona significativa se origina el comienzo -
de un dinamismo secundario que se denomina sistema de Self, el
cual no tiene una zona particular de interacción ya que utili-
za todas las zonas de interacción y todas las operantes fisio-
lógicas que intervienen en las relaciones interpersonales.

El sistema de Self por su naturaleza tiende a escapar a -
la influencia de la experiencia que es incongruente con su ha-
bitual organización y actividad funcional. Además este siste-
ma busca proteger la sensación de bienestar para que no dismi-
nuya la euforia, ya que toda disminución de ésta es experimen-
tada como ansiedad.

El yo personificado es la parte del sistema de Self que -
se refleja en las declaraciones del sujeto, es una fuente de -
información comunicada a diferencia del resto de este sistema-
que debe ser inferido.

Además del sistema del Self, la personalidad contiene el-
no-yo, el cual en personas normales se manifiesta en diversos-
momentos de la vida, como en un sueño, una pesadilla es identi

ies sirven de soporte para el entendimiento de una area importante de la personalidad que es el autoconcepto el cual es estudiado en un grupo de 25 mujeres que padecen Lupus Eritematoso - Sistémico y un grupo de 25 mujeres que carecen de este padecimiento. Para la realización de este estudio se empleó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota y la escala de Autoconcepto de Tennessee mediante las cuales se encontraron diferencias significativas en la personalidad y autoconcepto entre los dos grupos antes citados.

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

¡Qué difícil es permanecer impávida cuando se está en contacto directo con seres que sufren! ¡Y más todavía cuando uno sabe que poco, bien poco puede hacer para evitar ese sufrimiento! Por ello se despertó en mí la inquietud de buscar un camino que pueda conducir a ser útil, aunque ese camino pleno de abrojos, deje alguna espinilla en el corazón. Y no son palabras rebuscadas para producir una reacción sentimentaloidesino el vivo sentimiento que aflora.

EL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO así con mayúsculas, porque mayúsculo es su impacto psicológico en quien lo padece, necesita de un estudio, mejor dicho un análisis a nivel de la psique. Un estudio profundo y exhaustivo que justifique la calidad humana del estudioso.

Mi contacto directo y constante con personas que han sido apresadas por ese terrible mal, me ha hecho víctima también de sus garras, a grado tal que siento y palpo los retuécanos del pensamiento que agobia a los pacientes, al paciente, para personificar aún más.

Colóquese al lector en lugar de un lúpico.

¿Qué haría?

Seguramente le entraría un ansia por saber algo de su mal.

¿Que es el Lupus Eritematoso Sistemico?

Primero buscaría su definición en un diccionario común y corriente. Después en una enciclopedia. Posteriormente recurriría a alguna biblioteca especializada. Preguntaría a médicos

Reumatólogos, etc.

A cada paso encontraría información nada alentadora, porque se hallaría en la encrucijada, en el callejón sin salida - de saber que es una enfermedad incurable y casi siempre mortal a largo o corto plazo, con la única esperanza de saber que es controlable y que privándose de muchas satisfacciones de la vida, puede prolongar ésta.

Estaría temeroso o temerosa de que en cualquier momento - se pudiera desatar una secuela de molestias físicas que podrían convertirlo en un minusválido. La artritis sería uno de los fantasmas que lo merodiarían.

En toda esa maraña de pensamientos se embotaría la mente del paciente, haciéndolo caer en un estado de depresión extrema que bien lo puede llevar a la desesperación.

Para realizar el objetivo mencionado anteriormente, parto de lo siguiente: la paciente lúpica tiene trastornos en la personalidad y su autoimagen la percibe devaluada, lo que a consecuencia hay inseguridad y una necesidad de aceptación y logro, teniendo dificultades para establecer adecuadas relaciones interpersonales.

Es así que con este trabajo pretendo aportar algunos hallazgos en la personalidad alterada de las mujeres que padecen Lupus Eritematoso Sistémico.

La definición más aceptable de Lupus Eritematoso Sistémico es la siguiente: el Lupus Eritematoso Sistémico se caracteriza por fenómenos autoinmunes. Los pacientes producen anticuerpos para muchas de sus propias células, constituyentes ce-

lulares y proteínas. El origen de estos anticuerpos es tan obscuro como la etiología del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). (con estas siglas continuaremos denominando la enfermedad).

Pensamos que la evaluación y el cuidado de un paciente con LES no consiste solamente en el aspecto de un diagnóstico clínico y tratamiento médico; tenemos que conocer el autoconcepto de la paciente lúpica, así como la forma en que percibe y maneja sus relaciones interpersonales dentro de su ambiente familiar. De esta manera se puede lograr que las personas más cercanas -- cooperen con el médico reumatólogo y psicólogo y estos a su vez orienten a la paciente lúpica estimulándola a fomentar sus factores positivos, disminuyendo así los aspectos negativos de ella misma, motivándola a enfrentarse a todo aquello que no le permite un adecuado proceso de adaptación, a fin de que logre satisfacer sus principales necesidades psicológicas como son: reconocimiento, seguridad en sí mismo, realización de metas, etc.

Por todo lo anterior, con este trabajo pretendo aportar algunos hallazgos en la personalidad alterada de las personas que padecen LES.

C A P I T U L O I . - P E R S O N A L I D A D

I.- PERSONALIDAD

1.1 DEFINICIONES

El estudio de la personalidad ha sido objeto de muchos análisis y discusiones y es en la última parte del siglo XIX en donde se empieza a buscar un conocimiento sistemático de la misma y en ella intervienen diferentes factores, sin embargo es necesario partir de algunas definiciones:

La personalidad es "la totalidad de las cualidades psíquicas heredadas y adquiridas que son características de un individuo y que hacen al individuo único". (ERICK FROMM)

Personalidad es "el patrón relativamente durable de situaciones interpersonales recurrentes que caracterizan una vida humana". (SULLIVAN)

1.2 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Los rasgos de personalidad, como la inteligencia, son afectados por la herencia y el medio. En muchos aspectos, los niños nacen con diferentes "personalidades". Algunas de estas diferencias originales permanecen bastante estables a través de la infancia e influyen tanto en la manera como el niño responde a su ambiente como en la forma en que otros individuos responden a él.

Sin embargo, en gran parte, el ambiente social del niño que comienza a ejercer su influencia al nacimiento, guía el desarrollo de su personalidad. Factores como los métodos de alimentación, hábitos higiénicos, la edad respecto a los humanos y el me

dio sociocultural, se ha encontrado que guardan cierta relación con los rasgos de la personalidad. Piaget se ocupa de los orígenes del conocimiento y de como el niño aprende y cambia sus estructuras cognitivas a fuerza de enfrentarse con la naturaleza inanimada.

Sullivan consideró que las necesidades fundamentales del hombre no son biológicas, sino que se derivan de las interacciones con la gente y que éstas características "humanas" interpersonales desarrolladas pueden afectar o alterar directamente el funcionamiento fisiológico.

Para la consistencia de la conducta interpersonal, Sullivan introdujo los conceptos de "dinamismo" y "personificación". El dinamismo consiste en una forma prolongada y repetida de conducta. La personificación es la imagen que una persona tiene de otra. Es un complejo de sentimientos, actitudes y conceptos que determina en gran parte la manera en que ella actuará frente a dicha persona.

Personificaciones iniciales.

Con este nombre se conoce a los dinamismos que se presentan en los primeros años y que posteriormente evolucionan hasta convertirse en parte de la personalidad del individuo. Estas personificaciones son: el yo-bueno, el yo-malo y el no-yo.

El yo-bueno. En éste se origina la experiencia en que las satisfacciones han sido aumentadas por recompensadores incrementos de ternura que lleguen al bebé porque la madre se encuentra satisfecha del comportamiento de éste.

El yo-malo. En él se organiza la experiencia en la cual-

ficada en personas que experimentan un episodio esquizofrenico.

En la personalidad se pueden dar tipos de procesos; los que pueden ser observados directamente son llamados procesos francos, Los procesos encubiertos son aquellos que deben ser inferidos de una observación participante.

Clasificación del desarrollo de la personalidad.

Esta clasificación se estructuró en base a la relación entre la maduración de capacidades y a las oportunidades de experiencias que proporciona el medio ambiente.

Sullivan delineó siete etapas del desarrollo de la personalidad. A continuación se exponen brevemente dichas etapas:

Infancia. Se inicia con el nacimiento y termina con la aparición de la palabra articulada. En esta etapa la aparición de capacidades se hace a un ritmo acelerado. (0 a 2 años)

Niñez. Comienza con la adquisición del lenguaje, hábitos de higiene, etc. La velocidad del desarrollo comienza a disminuir. Este periodo termina cuando el niño comienza a sentir la necesidad de compañeros de juego. (3 a 5 años)

Etapa juvenil. La necesidad de compañeros nos introduce en esta etapa. La velocidad de aprendizaje continúa decreciendo, se prolonga casi a todos los años de la educación básica. (6 a 9 años)

Preadolescencia. Es una etapa muy breve, en la cual se presenta la necesidad de un amigo. Con los cambios de la pubertad llega a su final esta etapa. (10 a 12 años)

Adolescencia temprana. Al presentar la pubertad se comienza a tener interés por una persona de sexo opuesto. Este

periodo termina con la estructuración de un modo de satisfacción del impulso genital. (13 a 17 años)

Adolescencia tardía. Se alcanza un tipo de vida que satisface el impulso genital. Los aspectos parcialmente desarrollados de la personalidad llegan a su correcta relación con su edad cronológica. (18 a 21 años)

Adulterez. Se establecen relaciones de amor con otra persona y se llega a establecer un pleno repertorio de la personalidad.

Existen otras aproximaciones teóricas, que explican el desarrollo de la personalidad, sin embargo, por el tipo de estudio realizado en esta investigación, las relaciones interpersonales adquieren importancia, sin que esto quiera decir que es lo más significativo.

C A P I T U L O I I I - A U T O C O N C E P T O

II.- AUTOCONCEPTO

2.1 CONCEPTO DE IDENTIDAD

El término identidad se introdujo desde 1944, siendo abordado más tarde principalmente por Erick H. Erikson, quien lo estudió desde diferentes ángulos como son: el psicoanalítico y el psicosocial.

Se entiende por identidad. "La unidad del individuo en el tiempo, en la comparación consigo mismo, lo que se relaciona con su continuidad y mismidad". (Lichtestein)

"El conocimiento de la persona de ser una identidad separada y distinta de las otras". (Kamer)

La identidad es la realización entre tres elementos básicos de la personalidad: su continuidad, la cohesión interna - relacionada con la adaptación al medio ambiente y el logro de sus metas.

La identidad es el logro de una integración entre el ideal de vida para el yo y el de la sociedad en la que el hombre vive.

Erikson dice que la identidad se empieza a formar cuando el niño tiene contacto con la madre y ambos se reconocen como dos personas, una separada de otra. Donde el niño precisa por una parte la información del medio externo y de su cuerpo e interioridad por la otra, estableciendo las diferencias entre el yo y el no yo. Tiene que reconocerse primero como una persona separada, luego de qué sexo es, como miembro de una familia, - de un grupo y de un extracto social determinado.

Existen varias influencias que ayudan a la formación de la identidad, las cuales se clasifican en organizadas y no organizadas. Las organizadas son las estructuras sociales que influyen directamente en la formación del individuo, como son la familia, la religión y la escuela y en forma directa los medios de comunicación masiva. Estas influencias presionan al individuo a que observe cierto tipo de conducta dentro de ciertos marcos establecidos y cuando se apega a éstos, surge la represión hacia su identidad y la clasifican de criminal y de psicópata. Estas influencias forman cierto tipo de identidad-eliminando aquellas que se salen de esta estructura..

Las influencias no organizadas carecen de intencionalidad en cuanto a la formación de la identidad, pero influyen en ella; se derivan ya sea de los objetos con los cuales el niño tiene contacto y que le permiten establecer los límites entre el yo y el no yo, los amigos, los vecinos, los encuentros circunstanciales, que influyen en mayor o en menor grado señalándole lo bueno, lo malo, lo correcto y lo incorrecto; lo que espero que haga y en forma indirecta, lo que esperan que sea y no sea.

Las ocho etapas de desarrollo de la identidad según Erikson son las que exponemos a continuación mencionado en cada etapa las solución positiva con su contraparte negativa:

1.- CONFIANZA contra DESCONFIANZA (etapa oral- sensorial)

Es un sentimiento de desconfianza básica, una actitud penetrante hacia uno mismo y hacia el mundo, derivadas de las experiencias del primer año de vida. Confianza en la seguri--

dad plena de los otros y también en un sentimiento fundamental de la propia confiabilidad. De esta etapa surge el más temprano sentimiento de identidad.

2.- AUTONOMIA contra DUDA Y VERGUENZA (etapa anal).

Etapa de maduración muscular, surgen actitudes hostiles o bondadosas, un sentimiento de autocontrol, sin la pérdida de autoestimación, da origen a un sentimiento perdurable de buena voluntad y orgullo; la pérdida de autocontrol da origen a una propensión, a la duda y la verguenza.

3.- INICIATIVA contra CULPA (etapa genital).

Disposición del niño para aprender rápidamente y se hace más grande el sentimiento de compartir la obligación y la actividad.

Está ansioso y es capaz de hacer las cosas en forma cooperativa, de construir, planear y de identificarse con los prototipos ideales.

El peligro de esta etapa radica en un sentimiento de culpa con respecto a las metas planeadas y a los actos iniciados, en el propio placer experimentado ante el nuevo placer locomotor y mental característicos de esta etapa.

4.- LABORIOSIDAD contra INFERIORIDAD (lactancia).

Es decisiva desde el punto de vista social, determinada-

a entrada del niño a la vida escolar. El peligro del niño en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad entre los demás. Puede renunciar a la identificación -- con ellos y regresar a la rivalidad familiar más aislada considerándose mediocre o inadecuado.

5.- IDENTIDAD contra CONFUSIÓN DE ROL.

Marca el inicio de la juventud, pubertad y adolescencia; se caracteriza por la duda de parte del adolescente, de todos los conceptos hasta entonces adquiridos y en los cuales él confiaba. Si la identidad del yo se reestructura satisfactoriamente en esta etapa existe el riesgo de que el papel que ha de desempeñar como individuo se le aparezca difuso, cuestión que pondrá en peligro su desarrollo anterior.

6.- IDENTIDAD contra AISLAMIENTO (adulto joven),

Surge la búsqueda de la identidad y su insistencia en ella. Está preparado para la intimidad que es la capacidad para entregarse a la afiliación y asociación concretas. Desarrolla la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos; se presenta un temor a la pérdida del yo, lo cual puede llevar un profundo sentimiento de aislamiento.

7.- FECUNDIDAD contra ESTANCAMIENTO (edad adulta)

En esta etapa de la fecundidad, se preocupa por guiar a las nuevas generaciones, anhela sentirse necesitado e inicia -

la búsqueda de a quien transmitirle sus conocimientos y experiencias de aquello que ha producido y que debe cuidar.

Cuando faltan estas experiencias tiene lugar una regresión a una necesidad obsesiva de seudointimidad, acompañada algunas veces por estancamientos y empobrecimiento personal.

3.- INTEGRIDAD DEL YO contra DESESPERACION (madurez).

Es una seguridad acumulada del yo con respecto a su tendencia al orden y al significado. Es la aceptación del propio ser y su estilo de vida, como poseedor de una integridad.

La pérdida de esta integración yoica acumulada, que se manifiesta con temor a la muerte. La desesperación se expresa en el sentimiento de que ahora el tiempo que queda es corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia una mejor identidad.

Durante la etapa de la adolescencia el joven se encuentra en lo que llamó Erikson búsqueda de la identidad del yo, donde el adolescente pasa por una serie de crisis en las cuales se pregunta: ¿Qué soy verdaderamente yo?. Una variedad de identidades entran en juego antes de soldificar su personalidad; encontramos lo que se llama identidad sexual, identidad familiar identidad social e identidad negativa; en esta búsqueda es el adolescente presenta una sintomatología marcada, como ansiedad, apatía, desolación, oscilando muchas veces entre la manía y la depresión, afectos ambivalentes (amor y odio), así como rebeldía, convirtiéndose esto en rasgos sociopáticos. Se preocupa demasiado de "cómo aparece ante los ojos de los demás y lo que sienten ellos que es".

2.2 EL EGO

Según Freud, para cumplir con éxito la adaptación al medio y la supervivencia, es necesario tener en cuenta la realidad exterior, ya sea acomodándose él mismo al mundo, o afirmando su predominio sobre él. Tal transacción entre la persona y el mundo requiere la existencia de un sistema que es el "yo".

En la persona bien adaptada el yo es ejecutivo de la personalidad, que domina y gobierna al ello y al superyó. Cuando el yo cumple sabiamente sus funciones ejecutivas, prevalece la armonía y la adaptación. Cuando el yo abdica o entrega demasiado de su poder al ello, o al superyó o al mundo externo, se producen inadaptaciones y desarmonías.

Para la formación de la identidad, Erikson menciona que - la expresión del yo a través de sus obras va conformando éstas: se desarrolla al ser reconocido por los demás y sus creaciones. Pero si los demás explotan al yo y sus obras son quitadas, --- pierde el sentido de lo que es llamado "mismidad de la identidad". Al perder el verdadero self, la identidad no se expande hacia lo social sino que tiene que renunciar a lo social y fabricar una seudoidentidad.

Se entiende por el "yo", el concepto de identidad del ser humano que persiste como entidad ontológica a través de su vida. El autoconcepto forma parte del "yo", estrechamente vinculado con el ego y los diversos sí mismos de la personalidad; - el autoconcepto es lo que yo se de mi propio yo. Según los diferentes teóricos que hablan de la formación de la identidad, - mencionan que la parte yoica esta formada por diferentes tipos de "yo" como son:

YO COPORAL - Es la concepción que tenemos de nuestro propio cuerpo, incluyendo los sentimientos que tenemos de él.

YO MORAL - Vinculados a las normas y valores que predominan dentro de una sociedad o cultura determinada en que vive.- Aquí el autoconcepto se encarga de comparar y juzgar la conducta de acuerdo a dichas normas.

YO SOCIAL - La interacción social tiene una importancia básica en el desarrollo de la personalidad, ya que contribuye no solo a la formación del yo, sino que es determinante en el autoconcepto y en el desarrollo de la conducta. El yo social incluye una serie de funciones que se dan dentro de la cultura y nos permite desempeñar diversos papeles o roles e integrarnos a diferentes grupos.

2.3 EL SI MISMO

Hartman al hablar del sí mismo, examina la catexia libidinal del yo en el narcisismo y llega a la conclusión de que se trata más bien de un sí mismo que está siendo catetizado. Aboga por el término autorrepresentación para diferenciarlo de la representación del objeto. Freud hablaba de esto en sus referencias hacia las actitudes hacia el sí mismo del yo y a las catexias fluctuantes para este sí mismo, en los estados lúlicos de autoestima.

Si vemos al yo como medición organizadora parcial y parcialmente inconciente es necesario concederle que en cualquier estadio determinado de la vida debe entenderse con un sí --

cambiante que exige ser sintetizado con los sí mismos abandonados y anticipados. Si se utiliza esta misma explicación para el yo corporal, este último sería entonces la parte del sí mismo proporcionada por la experiencia del propio cuerpo y por lo tanto, podría denominarse con propiedad "sí mismo corporal". Este se refiere al ideal del yo como el representante de las ideas, imágenes y configuraciones que están al servicio de la comparación constante de un sí mismo ideal; se explicaría en parte lo que se ha denominado identidad del yo, a saber, esa parte que consiste en las imágenes del rol. Por consiguiente lo que podría denominarse identidad del sí mismo emerge de las experiencias en la que los sí mismos temporales confusos son reintegrados a un conjunto de roles que también aseguran el reconocimiento social; de esta manera puede decirse que la formación de la identidad tiene un aspecto que se refiere al sí mismo y otro que se refiere al yo.

El sí mismo se desarrolla gradualmente a partir de los conflictos internos, durante los años de prueba y experiencia (Welman, 1965).

Se puede hablar de identidad del yo cuando examinamos el poder sintetizador del mismo a la luz de su función psicossocial central, y de su identidad del sí mismo cuando estudiamos la integración de las imágenes de sí mismo y del rol del individuo.

Lo que el yo refleja cuando se contempla el cuerpo, la personalidad y los roles a los que está vinculado para toda la vida sin saber donde estaba antes o donde estará después son los diversos sí mismos que integran nuestro sí mismo compuesto.

2.4 AUTOCONCEPTO

"La estructura de la autoimagen... determina la conducta día a día y momento a momento, oportunidades y reacciones son determinadas en un esfuerzo por mantener la imagen intacta".

El autoconcepto se puede decir tiene sus bases en lo que a través de la historia de la psicología diversos autores conocen como: self "el sí mismo", estilos de vida, individualización, introspección autoimagen e identidad.

En 1965 el Dr. William Fitts inició uno de los programas más completos de investigación sobre autoconcepto. Una de -- sus primeras contribuciones ha sido el desarrollo y estandarización de la Escala Tennessee de Autoconcepto. El programa de Fitts a los diez años de duración abarca no solo el desarrollo de forma de medición sino busca dar respuestas a las -- muchas interrogantes que nos presenta todavía el autoconcepto y cómo puede predecir la conducta partiendo de él. Uno de -- los incisos de su programa plantea las causas que motivan cambios en el autoconcepto, experiencias vitales como matrimonio, divorcio, paternidad y experiencias creadas para aumentar la autoconciencia. Fitts señala que la gente con un autoconcepto distorsionado tiene más dificultades en la vida.

El autoconcepto es "una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo, que son parcialmente conscientes". Está compuesta de percepciones de las propias características y habilidades, los preceptos y conceptos de sí mismo en relación a los otros y el ambiente; los valores que son -- percibidos y asociados con experiencias, objetos y las metas e ideales que perseguimos ya sean positivos o negativos. ---

(Carl Rogers).

El autoconcepto incluye varios componentes que son: el perceptual, el conceptual y las propias actitudes. El componente perceptual es la forma en la que una persona se percibe a sí misma, que se ha hecho de las impresiones de los otros. - El componente conceptual se refiere a los conceptos que tiene de sus características, habilidades, recursos, aciertos, fallas y limitaciones, así como la concepción de su pasado y su futuro. Y las propias actitudes, que incluyen los sentimientos -- acerca de sí y su desenvolvimiento ante el status social y frente a su futuro.

El autoconcepto no solo incluye el conocimiento de lo que se es sino de los que se quiere ser y de lo que debe ser el individuo. Esto permite a la personalidad una concepción coherente y unificada de sí mismo, dándole la posibilidad de desarrollarse más adecuadamente dentro de su medio ambiente.

C A P I T U L O III.- LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

III.- LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

3.1 CONCEPTO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

El IES es una enfermedad de causa desconocida en la que - la alteracion principal parece ser una reactividad inmunológica alterada. No es una enfermedad rara, su frecuencia real se ha considerado casi igual a la de los linfomas (tumores del -- sistema linfático). Las mujeres son afectadas de seis a ocho veces más que el hombre. La mayor frecuencia ocurre en las mu jeres de 20 a 40 años.

Da comienzo agudo o insidioso: es una enfermedad febril - crónica remitente y recidivante caracterizada de manera princi pal por lesión de piel, riñones, serosas, articulaciones y co razón, aunque puede atacar prácticamente cualquier órgano. La mayor parte de las lesiones en estos órganos o tejidos tienden - ocurrir en los vasos sanguíneos y al rededor de ello, y adop tan las formas de acumulación focal de substancia de cemento, - depósitos de substancia fibrinoide y angeftis aguda seguidas - con el tiempo de fibrosis calágena.

Las pacientes producen anticuerpos para muchas de sus pro pias células, constituyentes celulares y proteínas propias. - El origen de estos anticuerpos es tan obscuro como la etiolo gía de LES, sin embargo reflejan una pérdida de tolerancia pa ra los llamados autoantígenos.

3.2 ASPECTOS BIOLOGICOS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Sus características biológicas consisten en la existencia en el suero de una gran variedad de proteínas especiales, que-

tienen características de anticuerpos, lo que sugiere que los cambios básicos en esta enfermedad son causadas por una alteración en la reactividad inmunológica. Se han encontrado factores séricos contra eritrocitos, leucocitos, plaquetas, factores de la coagulación, los tejidos del riñón, el corazón, el hígado y contra la teroglobulina. La reacción de Wasserman es frecuentemente positiva y el "factor reumatoide" se encuentra en el 20% de los pacientes. El factor L.E., que favorece la fagocitosis de las nucleoproteínas, el fenómeno L.E. es el anticuerpo más característico de la enfermedad, pero muchos pacientes además poseen anticuerpos antinúcleo que reaccionan con todo el núcleo de proteínas, ácido desoxirribonucleico (ADN) e histona. También se han descrito factores anticitoplásmicos. El LES se caracteriza por la gran cantidad de estos factores séricos. Las anomalías séricas demostradas en el laboratorio pueden aparecer mucho antes que las demás manifestaciones. No se sabe si la alteración inmunológica puede ser transmitida por carga genética o no. Se han observado algunos casos en gemelos y en otros miembros de una familia. Los parientes de personas que padecen esta enfermedad sufren otras enfermedades "inmunológicas" o de la colágena.

Parece ser que en estos individuos con alteraciones inmunológicas, los sistemas se desencadenan por una gran variedad de estímulos, que incluyen la exposición al sol, la ingestión de fármacos, el embarazo, reacciones de naturaleza emocional e intervenciones quirúrgicas.

El trastorno biológico típico es la inflamación del tejido colágeno, cambios "fibrinoides" en la substancia fundamen--tal e infiltración de leucocitos polimarfonucleares, células -plasmáticas y linfocitos. Estas lesiones del tejido conjuntivo se han observado en casi todos los órganos del cuerpo. pero --los más notables son las de las paredes de las pequeñas arte--rias y arteriolas, piel, bazo, glomóculos, endocardio y membra--nas serosas.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Las características clínicas de la enfermedad son la cro--nicidad, con periodos de remisión y de actividad y su naturale--za multisistémica. La evolución puede ser fulminante, ocurrien--do la defunción después de una cuantas semanas, pero más a me--nudo es crónica, por muchos años. Durante los periodos de ac--tividad, a menudo hay fiebre, malestar general, debilidad, ano--rexia y pérdida de peso. Puede haber actividad mínima con sig--nos de menoscabo y la vaguedad de las molestias puede dar al -clínico una falsa impresión de psiconeurosis.

TRATAMIENTO

No se conoce tratamiento curativo. Sin embargo, con un -manejo juicioso, la enfermedad puede ser controlada lo sufi---ciente para permitir a los pacientes vivir activamente con un--mínimo de incapacidad o de molestias.

GENERAL

Se debe evitar la exposición a la luz solar directa y, de ser posible, la cirugía electiva, traumatismos, stress emocional, medicamentos superfluos y productos derivados del suero, como las transfusiones y todo aquello que puede desencadenar una exacerbación de LES. El papel del embarazo no es definitivo; en algunas mujeres parece activar la enfermedad más a menudo - durante las primeras ocho semanas después del parto, en otras no. Hay que considerar la gravedad y la extensión de la enfermedad y el deseo de tener hijos.

Para muchos pacientes el vago término de "Lupus" ha llegado a tener significado de cáncer o leucemia, por eso sería conveniente no usar imprudentemente este término. Hay que mantener en alto el ánimo del paciente durante la evolución de la enfermedad, la cual puede durar muchos años.

MEDIDAS ESPECIFICAS

Los fármacos disponibles para el tratamiento del LES son antiinflamatorios no específicos y al formular un plan terapéutico debe elegirse el más seguro, el más sencillo y el más barato.

La confusión existente entre los efectos de LES y los de los esteroides sobre el sistema nervioso central puede ser difícil de elucidar, pero por lo general las alteraciones en el sistema nervioso central provocados por el LES se presentan -- cuando otros órganos o sistemas están dañados y se obtiene mejoría al aumentar la dosis de corticosteroides.

PRONOSTICO

Debido a la imposibilidad de reconocer los episodios reactivantes del LES no se tienen fidedignos acerca de la historia natural de la enfermedad. De manera similar, no hay bases definitivas para sostener los esteroides, aumentan la duración de vida y más bien parece que la duración está en función de su gravedad, que varía desde la muerte fulminante, a una razonable buena salud durante 15 ó aún 20 años, a pesar de las ocasionales reactivaciones que suelen presentarse en este padecimiento.

Un factor decisivo en el pronóstico es el grado de daño irreversible a los órganos. El pronóstico no es favorable una vez que el daño renal se ha hecho aparente. Mientras mayor tiempo transcurra sin datos de lesión renal, hay menos posibilidad que este órgano sufra alteraciones graves.

Es posible que el control del proceso inflamatorio por los corticoesteroides, pueda disminuirlas y prolongue la vida. Los antibióticos también son importantes en casos con LES, porque impiden muchas defunciones por infección sobreañadida.

3.4 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Los estudios sobre la génesis de esta enfermedad se han enfocado principalmente en mecanismos inmunitarios y su predisposición genética. A causa del número casi ilimitado de anticuerpos en estos pacientes contra componentes propios, y considerando que también puedan participar mecanismos mediados por células, se deduce que el defecto fundamental en el LES es - -

reactividad anormal del sistema inmunitario que se expresa como incapacidad completa para reconocer lo "propio".

El diagnóstico de LES puede ser patente cuando la enfermedad se presenta de manera clásica, pero en muchos casos, el diagnóstico es muy desorientador a causa de muchas maneras anormales en las cuales comienza el LES. En algunos pacientes, el comienzo es agudo y en otros hay inicialmente malestar febril insidioso sin datos característicos. Quizá los rasgos más típicos sean la tríada de fiebre, exantema en "mariposa" y manifestaciones articulares en una mujer joven. El exantema cutáneo a menudo a exposición a la luz del sol. Son datos adicionales corrientes frotos de fricción pericárdicos y pleurales, soplos cardíacos dependientes de endocarditis de Libman-Sacks esplenomegalia (aumento del bazo), trombocitopenia con tendencia hemorrágica, anemia y leucopenia, linfadenopatía generalizada y por lo general datos en la orina y bioquímicos -- que indican alguna forma de glomerulopatía. El ataque renal puede causar hematuria, proteinuria y en algunos casos, el síndrome nefrótico clásico. En algunos sujetos predominan las alteraciones hematológicas y puede descubrirse que hay LES durante la investigación de trombocitopenia que anunció la enfermedad. En realidad, estas manifestaciones de muchos sistemas -- son las muy características de la enfermedad.

Porcentaje aproximado de casos:

Piel	80%
Articulaciones.....	80%--90%
Riñones.....	60%
Corazón.....	50%

Serosas.....	40%
Pulmones.....	10%-20%
Hígado.....	25%-30%
Bazo.....	20%
Crecimiento de ganglios linfáticos.....	60%
Aparato gastrointestinal.....	30%
Sistema Nervioso Central.....	30%
Sistema Nervioso Periférico.....	11%
Ojos.....	20%

Los pacientes a menudo presentan exudados retinianos pequeños (cuerpos citoideos), malestar, anorexia, vómitos y debilidad, que en ocasiones alcanzan gravedad suficiente para causar postración intensa.

Las enfermedades reumáticas son enfermedades agudas como se ha visto con infecciones bacteriales y virales.

Es más conocido en su papel de enfermedades reumáticas como enfermedades crónicas.

La causa del LES aún sigue siendo un misterio. Se deben ver todos los elementos dado que no tenemos una etiología definitiva.

En enfermedades samáticas, agudas y crónicas de muchos tipos, dirigen hacia cambios psicológicos y síntomas psiquiátricos. Esto ha sido revisado completamente por Lipowski.

El notó que en varios estudios se señalaba la frecuencia de ansiedad y depresión después de enfermedades físicas severas y/o dolorosas.

En el estudio de síntomas psiquiátricos, los psiquiatras y psicólogos tienen la tendencia de sobrediagnosticar síntomas menores y trastornos de la personalidad, mientras otros médicos pierden lo más sutil y solamente identifican síntomas grandes. Una cantidad de condiciones médicas han sido reportadas con más altas insidencias de trastornos psiquiátricos asociados que sujetos controlados. Además de las enfermedades reumáticas, también se incluye la depresión vista en algunos pacientes con carcinoma, hipotiroidismo, infecciones virales, síndrome de Cushing, etc.

Hay muchas maneras de que una enfermedad física pueda originar consecuencias graves en el funcionamiento psicológico.

Esto incluye el significado de la enfermedad y sus manifestaciones para el paciente; se perjudica la capacidad del paciente de poder enfrentarse hacia las necesidades y metas; se perjudica la habilidad de asumir papeles sexuales, sociales y económicos; se altera su rutina en todo.

Cualquiera que sea la enfermedad, la herida, la incapacitación, desfiguración o destrucción de uno o de todos estos valores personales, habrá un efecto psicológico profundo en el paciente y puede participar uno o más trastornos psiquiátricos esporádicos o muy seguidos.

La técnica más usada para evaluar elementos psicológicos es la entrevista del paciente, fué usada en un 25% de 100 contribuciones aproximadas, esto fué publicado en los aspectos psicológicas de enfermedades reumáticas. El Inventario Multi

fásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.) es usado, es un tipo de preguntas múltiples (tiene doce estudios); en este se han encontrado altas calificaciones para la hipocondriasis, la depresión y la histeria, representa lo que se llama triada-neurótica.

En un estudio encontrarón una alta frecuencia de triada -neurótica. Estos estudios dejan ver la duración además de la actividad de la enfermedad reumática determina las respuestas-psicológicas.

Depende a que grado está la enfermedad para saber que tan ciertas son las respuestas, algunos pacientes no lo hacen bien debido a que a veces están deprimidos, llenos de ansiedad o -- por algún dolor. No importa que tan inteligente sea o no lo sea.

La depresión cuando aparece como reacción debido a las en-fermedades reumáticas aumentan la intensidad de la enfermedad.

Uno de los factores muy importantes y que toma un lugar -significante es siempre dar ánimos a los pacientes y que grán-parte de la recuperación depende de ellos mismos.

Se tiene que estudiar al paciente durante los primeros me-ses de la enfermedad. Una vez que el diagnóstico fué dado se-ve a que grado la enfermedad a producido dolor e invalidez, mu-chos de los factores fueron expresados como características tí-picas de la personalidad "reumatoide" y son probablemente los-
resultados del dolor y la invalidez de la misma enfermedad. --
Mientras sigan las enfermedades reumáticas los cambios psicoló

gicos se notan más, uno de ellos es la depresión.

Las enfermedades reumáticas tienen como factores el dolor y en algunos casos la invalidez física. También hay dificultad en las relaciones interpersonales, sexuales e intimidad, - estos problemas tienen un papel importante en problemas matrimoniales. Algunos de estos problemas se pueden ayudar con terapia. El médico tratará de ayudar conociendo el diagnóstico de estos pacientes.

3.3 PSICOGENESIS DE LA PACIENTE LUPICA

Los cambios psicológicos observados en la paciente lúpica obedecen principalmente a los cambios psicológicos que conlleva dicha patología.

Estos cambios se deben valorar en 3 etapas:

- a) Previa a la patología.
- b) Durante la fase de diagnóstico.
- c) Posterior al diagnóstico.

Por consiguiente, es necesario valorar el estado psicológico de la paciente en tres etapas:

- a) Personalidad antes de la patología.
- b) Cambios de personalidad durante el diagnóstico.
- c) Transtornos de la personalidad posterior al diagnóstico y como consecuencia del tratamiento medicamentoso.

En forma resumida se explicarán los cambios biológicos:

Como ya se anotó la paciente lúpica no tiene cambios hasta que aparece un factor desencadenante de la patología. Di-

cho factor puede ser una exposición al sol, a la luz fluorescente, un proceso infeccioso, etc., al presentarse en forma súbita la enfermedad la paciente puede sentirse angustiada o con un sentimiento de inseguridad en virtud de lo extraño de la iniciación de la patología y aquí se refiere a la clásica mancha en el dorso de la nariz y pómulos "en alas de mariposa" (depósito de anticuerpos en la dérmis del area referida). Tal situación obliga a consultar al médico quién, al establecer el diagnóstico, debe explicar la génesis, síntomas y pronóstico de tal patología. Posteriormente debe iniciar la terapia medicamentosa y debe advertir de todos aquellos efectos secundarios, reacciones tóxicas e incluso las alteraciones orgánicas aún más severas que la propia enfermedad.

En la evaluación de dicha patología ocurre una serie de fenómenos en cadena como consecuencia de los depósitos de anticuerpos en diversos organos así como los complejos antígeno-anticuerpo-complemento circulantes y que también se depositan en algunos organos lo que hace que aparezcan las complicaciones de la enfermedad y agravan aún más el estado de la paciente. No debemos olvidar que el factor primordial del tratamiento está constituido por los corticoesteroides que si bien, inhiben la formación de anticuerpos y de complejos antígeno-anticuerpo lo que mejora el estado de la paciente, también causan una alteración orgánica severa que puede variar desde un síndrome de cushing hasta una psicosis esteroidea.

Poco tiempo después de establecido el diagnóstico y de haber instituido la terapia medicamentosa pueden aparecer las

complicaciones orgánicas de esta enfermedad o incluso, aparecer otra de las enfermedades del tejido conjuntivo (Artritis Reumatoide, Síndrome de Sjogre, vasculitis, poliarteritis nodosa, esclerodermia, Dermatomiositis). Esto es, los caminos que sigue el LES son varios y representa cada vez y al paso del tiempo más y más síntomas nuevos que corresponderán a la propia enfermedad o a las del grupo.

El pronóstico aún es incierto. La sobrevida posterior al diagnóstico debe particularizarse en cada caso dependiendo de las características clínicas que presenta cada paciente.

Ahora bien en el aspecto psicológico existen diversos síntomas y ello según el estadio en que se encuentra el proceso patológico.

Como se anotó al principio, el primer síntoma puede ser la angustia o la ansiedad y ello como consecuencia de enterar a la paciente de lo que representa su afección.

Pero si biológicamente nos enfrentamos con un organismo alterado psicológicamente lo hacemos con un ser humano habitualmente de sexo femenino, joven (20 a 30 años) y que previamente no presenta molestias, es decir, sano.

Ahora bien, este paciente qué tipo de personalidad tenía antes del primer síntoma? es necesario conocer a través de la entrevista psicológica el tipo de persona que era, pues inicialmente debemos establecer que características la hacían ser ella misma; así mismo, debemos conocer la vulnerabilidad emocional, mecanismos de defensa y otras alteraciones que nos permiti-

tan conformar el perfil psicológico o de personalidad del caso en estudio. No será lo mismo tratar a un paciente inicialmente seguro que a uno inseguro, al ciclotímico que al histérico, al esquizoide que al agresivo, esto es, cada caso debe particularizarse en virtud de la personalidad previa.

No obstante, los síntomas primordiales al inicio de la enfermedad son:

ANSIEDAD

ANGUSTIA

TEMOR

INCREDULIDAD

Si observamos con detenimiento, comprenderemos que dichos síntomas son graduales. Esto es, desde no creer en todo lo -- que se le refiere de la patología hasta presentar síntomas agudos de ansiedad. Y ello es producto del tipo de personalidad de la paciente en cuestión. Dicha investigación nos dará la pauta para efectuar la mejor forma posible ya que algunas veces los problemas psicosomáticos son tan severos como la propia enfermedad.

Cuando el diagnóstico está bien establecido y la paciente realmente tiene conciencia del proceso que padece tiene que enfrentarse a la incertidumbre de un posible estado de agravamiento y aún de la muerte. Y como generalmente todo ser acepta la contingencia de la muerte pocas personas están preparadas para ello. Más aún, si hablamos de mujeres en la etapa -- productiva de su vida: en lo intelectual, lo social, lo familiar, lo efectivo.

El daño psicológico puede variar desde un transtorno de la personalidad hasta una neurosis de ansiedad, neurosis histérica y aún una psiconeurosis con componente paranoide. Todo ello como consecuencia de una ruptura con los valores psicológicos de seguridad y autoestima.

Las complicaciones de la enfermedad van minando las actividades normalmente desarrolladas y aquí puede ocurrir el pensamiento de que ya no sirve para más.

Según el análisis transaccional, la paciente puede adoptar un estado permanente de yo hijo, es decir una regresión hacia un estado anterior con roles infantiles de dependencia. No olvidemos el estado de estado de psicosis esteroidea ocasionado por las altas dosis de corticoesteroides que deben suministrarse. Dicho estado provoca una alteración psicológica grave con estados esquizoideos, ideación suicida, depresión endógena y períodos de agitación. La hebefenia y la catatonía son a menudo síntomas comunes.

A pesar de la gravedad de dichos síntomas frecuentemente son reversibles. Esto se logra en primer lugar disminuyendo la dosis de corticoides y en segundo lugar con el apoyo psicológico.

En el avance de las enfermedades continúan aminorándose las capacidades de la paciente. Los síntomas articulares con disminución de movilidad, dolor, impiden el realizar labores que anteriormente eran comunes. Aparecen también daño vascular, renal, afecciones oculares que provocan una disminución de la ca

lidad de vida de la paciente. En un periodo más avanzado de la enfermedad la posibilidad de que ocurra una muerte súbita pasará a ser una situación esperada. La forma como la paciente integrará en su pensamiento dicha situación dependerá de su condición de vida; ya sea por permanecer soltera, estar casada, ser elemento de ingreso económico familiar, tener hijos, etc. No obstante el estar consciente de los giros que puedan tener la enfermedad, la angustia, la ansiedad, el temor, la soledad, serán siempre síntomas que en mayor o menor grado acompañaran a la paciente hasta que ocurra una resolución.

En medicina psicosomática se habla de la triada Emoción-Síntoma-Lesión. La paciente puede evolucionar con este componente, es decir, genera lesiones orgánicas como producto de la alteración psicológica que el conocimiento de la enfermedad le ocasiona.

La vulnerabilidad emotiva es un factor definitivo en la génesis del daño psicológico.

Los mecanismos de defensa son utilizados en todas las formas conocidas. En general la proyección y sobrecompensación son empleadas como producto de las formas regresivas. La paciente lúpica integra un sentimiento de cuidado excesivo hacia ella misma. No obstante, un trato normal es deseable a fin de no hacerla sentir como una persona exclusiva y por ello dependiente. Algunas veces se puede adoptar el rol hostil-dependiente también la ambivalencia es un proceso común.

En general, la psicogénesis depende la particularidad en -

la forma de vivir de cada paciente y el enfoque psicológico debera individualizarse a fin de tener el mejor resultado posible y hacer de cada paciente portadora de LES un ser que aún con -- las limitaciones que la patología le impone, pueda desarrollar sus capacidades de la mejor forma posible.

C A P Í T U L O I V . - M E T O D O

IV.- METODO

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al tener contacto directo con pacientes lúpicas he notado que estas tienden a preocuparse por problemas somáticos pero en una forma exagerada. Presentan estado de depresión, exigencias de atención y apoyo, se sienten resentidas e inadaptadas a la sociedad; es por esto que pretendo investigar diferencias en el perfil de la personalidad en las escalas de Hipocondriasis, Depresión, Histeria y Desviación Psicopática y en el Autoconcepto en las escalas Yo Físico y Yo Familiar entre un grupo de pacientes lúpicas y un grupo de mujeres normales, empleando los siguientes criterios: diagnóstico clínico, sexo, edad y coeficiente intelectual.

4.2 HIPOTESIS

H_i: Hipótesis de Trabajo

El perfil de personalidad de la paciente lúpica va a diferir de personas normales.

H_o: Hipótesis Nula

El perfil de personalidad de la paciente lúpica no va a diferir de personas normales.

H_i: Hipótesis de Trabajo 1

Se encontrarán diferencias significativas en la escala clí

nica (2) Depresión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de mujeres normales.

Ho: Hipótesis Nula 1

No se encontrarán diferencias significativas en la escala-clínica (2) Depresión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de mujeres normales.

Hi: Hipótesis de Trabajo 2

Se encontrarán diferencias significativas en la escala clínica (1) Hipocondriasis del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de mujeres normales.

Ho: Hipótesis Nula 2

No se encontrarán diferencias significativas en la escala-clínica (1) Hipocondriasis del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de mujeres normales.

Hi: Hipótesis de Trabajo 3

Se encontrarán diferencias significativas en la escala clínica (3) Histeria del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de mujeres normales.

Ho: Hipótesis Nula 3

No se encontrarán diferencias significativas en la escala-

clínica (3) Histeria del Inventario multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de mujeres normales.

Hi: Hipótesis de Trabajo 4

Se encontrarán diferencias significativas en la escala clínica (4) Desviación Psicopática del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de mujeres normales.

Ho: Hipótesis Nula 4

No se encontrarán diferencias significativas en la escala-clínica (4) Desviación Psicopática del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de mujeres normales.

Hi: Hipótesis de Trabajo 5

Se encontrarán diferencias significativas en la columna A-Yo Físico de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de personas normales.

Ho: Hipótesis Nula 5

No se encontrarán diferencias significativas en la columna A Yo Físico de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de mujeres normales.

Hi: Hipótesis de Trabajo 6

Se encontrarán diferencias significativas en la columna D-
Yo Familiar de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, en-
tre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de mujeres --
normales.

Ho: Hipótesis Nula 6

No se encontrarán diferencias significativas el la columna
D Yo Familiar de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, -
entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de mujeres-
normales.

4.3 VARIABLES A CONTROLAR

sexo: Femenino

Edad: Oscilará de los 16 a los 35 años

Coefficiente Intelectual: Término Medio

Nivel Socioeconómico: Alto, Medio y Bajo.

VARIABLES

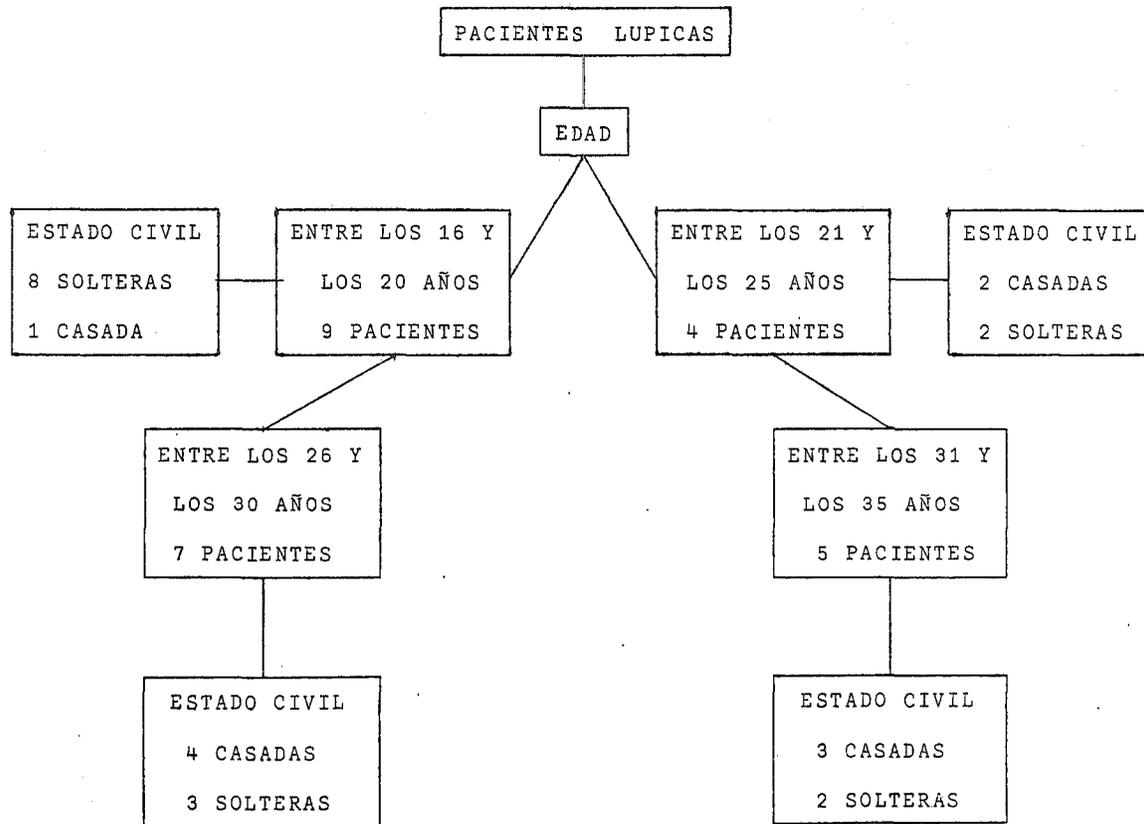
Variable Independiente: Padecimiento de Lupus Eritematoso
Sistémico.

Variable Dependiente: Personalidad y Autoconcepto.

4.4 MUESTRA

Para efectos de este estudio la muestra se seleccionó en -
base a las variables enunciadas anteriormente. La muestra fue-

de 50 sujetos de sexo femenino, divididos en dos grupos: el primero de 25 sujetos de sexo femenino, cuya edad osciló entre los 16 y los 35 años, diagnosticadas clínicamente por el médico especialista en Reumatología con el padecimiento de LES, y que a su vez sean atendidas en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), en el Departamento de Reumatología y el segundo grupo también de 25 sujetos de sexo femenino cuya edad osciló entre los 16 y los 35 años, tomadas al azar, que vivieran en el Distrito Federal; tomando en cuenta que los dos grupos presentan un Coeficiente Intelectual Término Medio, cualquier estado civil y nivel socioeconómico.



CUADRO N°2 GRUPO CONTROL

E D A D

N° SUJETOS = 28

EDAD	FRECUENCIA	%
16	1	4
17	1	4
18	4	16
19	4	16
20	2	8
22	2	8
24	2	8
25	2	8
26	3	12
27	1	4
32	1	4
33	1	4
35	1	4

\bar{X} = 23 años

C U A D R O S E S T A D I S T I C O S

CUADRO N°1 GRUPO EXPERIMENTAL

E D A D

N°SUJETOS = 25

EDAD	FRECUENCIA	%
16	2	8
17	2	8
18	3	12
19	1	4
20	1	4
21	1	4
22	1	4
25	2	8
27	2	8
28	2	8
29	1	4
30	2	8
31	1	4
32	2	8
33	1	4
35	1	4

\bar{X} = 24 años

CUADRO N°3

C O E F I C I E N T E I N T E L E C T U A L

N°SUJETOS = 25		GRUPO EXPERIMENTAL
C.I.	FRECUENCIA	%
75 T.M.	2	8
50+ T.M.	7	28
50 T.M.	16	64

CUADRO N°4

C O E F I C I E N T E I N T E L E C T U A L

N°SUJETOS = 25		GRUPO CONTROL
C.I.	FRECUENCIA	%
75 T.M.	7	28
50+ T.M.	12	48
50 T.M.	6	24

4.5 ESCENARIO

La investigación se desarrolló para el grupo de pacientes lúpicas en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano -- del Seguro Social (I.M.S.S.) en consultorios del Departamento de Reumatología.

Para el grupo de personas normales la aplicación de pruebas se realizó en consultorio particular ubicado en el Distrito Federal.

4.6 INSTRUMENTOS DE MEDICION

Se aplicó a todos los sujetos el test de matrices progresivas de Raven para la medición de inteligencia en forma individual. La prueba consiste en sesenta diseños abstractos, a cada uno de los cuales se le ha quitado una parte. El sujeto debe elegir, entre seis u ocho alternativas que se le presentan la parte que debe incertar. Esta prueba se aplicó con el objeto de obtener un diagnóstico intelectual de Término Medio de las pacientes y personas de estudio.

Escala de Autoconcepto de Tennessee. La prueba consiste de cien afirmaciones autodescriptivas que el sujeto usa para describir la imagen que tiene de sí mismo. La escala se autoadministra y se aplica en forma individual o grupal. Puede usarse con sujetos un nivel de lectura mínima, por lo menos la primaria, puede aplicarse a personas sanas o aún a pacientes psicóticos. La escala se encuentra disponible en dos formas, una forma para Orientación y una forma Clínica y de Investiga-

ción. Las dos formas se usan en el mismo folleto y con los mismos reactivos. Las diferencias entre las dos formas se centran en la calificación y en los perfiles. La forma de Orientación se califica más rápida y fácilmente pues incluye menos variables y puntajes, es apropiada para la autointerpretación. La forma Clínica y de Investigación es más compleja en cuanto a la calificación e interpretación se refiere, además de que no es apropiada para la autointerpretación. La calificación para ambas formas puede realizarse en forma manual o computarizada. La mayoría de los sujetos contestan la escala en 10 ó 20 minutos (con un tiempo promedio de 15 minutos). La aplicación manual requiere de 10 minutos como tiempo aproximado para la forma de Orientación y aproximadamente de 20 minutos para la forma Clínica o de Investigación.

En el desarrollo original de la Escala de Autoconcepto de Tennessee el primer paso fué copilar un gran conjunto de ítems autodescriptivos. El conjunto de ítems original se derivó de otros instrumentos que medían el autoconcepto incluyendo los desarrollados por Kalester (1956) y Taylor (1953). Los ítems también se derivaron de autodescripciones escritas por pacientes y no pacientes. Después de un análisis considerable, se desarrolló un sistema fenomenológico para clasificar los reactivos sobre la base de lo que ellos mismos decían. Esto evolucionó hasta el esquema bidimensional 3 X 5 empleando en la Hoja de Puntajes de ambas formas. Esta parte de la Escala contiene 10 ítems, divididos por igual en positivos y negativos. Los 10 ítems restantes componen la Escala de Autocrítica.

Una vez redactados los items, se contrataron siete psicólogos Clínicos como jueces para clasificarlos de acuerdo al esquema 3 X 5 arriba indicado. También juzgarón cada uno de los --- reactivos en cuanto a que si era positivo o negativo en su contenido. Los 90 items que finalmente se utilizaron fuerón aquellos en los que hubo un perfecto acuerdo por parte de los jueces.

NATURALEZA Y SIGNIFICADO DE LOS PUNTAJES (FORMA PARA ORIENTACION).

(A)- El puntaje de Autocrítica (A - C). Esta Escala está compuesta por: 10 items tomados de la Escala L del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota. Todas ellas son afirmaciones ligeramente derogatorias que la mayoría de la gente acepta como ciertas con respecto a ellas mismas. Los individuos que niegan la mayoría de estas afirmaciones son generalmente defensivos y están realizando un esfuerzo deliberado para presentar una imagen favorable de sí mismos. Los puntajes altos generalmente indican una apertura normal y saludable y una capacidad para la autocrítica. Los puntajes extremadamente altos (sobre el percentil 99) indican que el individuo pueden faltarle defensas y puede de hecho, encontrarse patológicamente indefenso. Los puntajes bajos indican defensividad y sugieren que los puntajes positivos puedan estar artificialmente elevados a causa de esta defensividad.

(B)- Los Puntajes Positivos (P). Estos puntajes derivan direc-

tamente del esquema de clasificación fenomenológica ya mencionado. En el análisis original del conjunto de items, - las afirmaciones parecían comunicar tres mensajes primarios: (1) Esto es lo que yo soy. (2) Esto es como yo me siento conmigo mismo y (3) Esto es lo que yo hago. Sobre la base de estos tres tipos de afirmaciones se formaron -- las tres categorías horizontales. Estas aparben en la Hoja de Puntajes como Hilera 1, Hilera 2 e Hilera 3 y así -- nos referimos a ellas de aquí en adelante. Los puntajes - Hilera entonces, constituyen tres sub-puntajes, que al sumarse, dan por resultado el Total Positivo o Puntaje Total P. Estos puntajes representan un marco interno de referencia dentro del cual el individuo se describe así mismo.

El estudio más profundo de los items originales indicó que éstos también variaban considerablemente en términos de un marco de referencia más externo. Aún dentro de la misma - categoría de hilera las afirmaciones pueden variar ampliamente en cuanto a su contenido. Por ejemplo, con la Hilera 1 (la categoría Lo que yo soy) las afirmaciones se refieren a lo que soy físicamente, moralmente, socialmente, etc. En consecuencia, el conjunto de items fue ordenado - de nuevo de acuerdo a estas categorías verticales, que son los cinco Puntajes Columna de la Hoja de Puntajes. Así el conjunto total de items se encuentra dividido en dos maneras, verticalmente en columnas (marco externo de referencia) y horizontalmente en hileras (marco interno de referencia) contribuyendo cada items y cada celdilla a dos puntajes diferentes.

1.- Puntaje Total P (T P) Este es el puntaje que puede considerarse por sí solo como el más importante de la Forma para-Orientación. Refleja el nivel total de autoestima. Las personas con puntajes altos tienden a estar contentos consigo mismas, sienten que son personas dignas y valiosas, tienen confianza en sí mismas y actúan de acuerdo con esta imagen. La gente con puntajes bajos dudan de su propio valer; se ven a ellos mismos como indeseables; con frecuencia se sienten ansiosos, deprimidos e infelices y tienen poca fé o confianza en ellos mismos.

Si el Puntaje de Auto-crítica (A-C) es bajo, los Puntajes-P altos se tornan sospechosos y son probablemente el resultado de una distorsión defensiva. Los puntajes extremadamente altos (generalmente sobre el 99ºpercentil) son anormales y suelen encontrarse solamente en personas perturbadas tales como esquizofrénicos paranoides quienes como grupo, muestran muchos puntajes extremos, tanto altos como bajos.

2.- Hilera 1 Puntaje P - Identidad (I R). Estos son los reactivos "Lo que soy". Aquí el individuo describe su identidad básica lo que él es, basado en como el, se ve.

3.- Hilera 2 Puntaje P - Auto Satisfacción (A-S). Este puntaje viene resultando de aquellos items en los que el individuo describe como se siente con respecto al "si mismo" que percibe. En general este puntaje refleja el nivel de auto-satisfacción o auto-aceptación. Un individuo puede tener puntajes muy altos en las Hileras 1 y 3 y puntuar bajo

en la Hilera 2 debido a los standardars y expectativas demasiado altos que tiene sobre sí mismo. C bien, puede tener una pobre opinión de sí mismo, indicada por los puntajes de Autosatisfacción altos según la Hilera 2. Por tanto, los subpuntajes son mejor interpretados cuando se comparan el uno con el otro y con el Puntaje Total P (T P).

- 4.- Hilera 3 Puntaje P Conducta (C), Este puntaje proviene de aquellos items que dicen "ésto es lo que yo hago, o ésta es la manera en la que yo actúo". Entonces este puntaje mide la percepción del individuo sobre su propia conducta o de la forma en que él funciona.
- 5.- Columna A Yo Físico (YO FIS). Aquí el individuo presenta su visión sobre su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.
- 6.- Columna B Yo Etico-Moral (YO MOR). Este puntaje describe al yo desde un marco de referencia ético moral -valía moral, relaciones con Dios, sentimientos de ser una persona "buena" o "mala" y satisfacción con la propia religión o la falta de ella.
- 7.- Columna C Yo Personal (YO PER). Este puntaje refleja el sentido que el individuo tiene de su valer personal, su sentimiento de adecuación como persona y su evaluación de su personalidad independientemente de su cuerpo o de sus relaciones con otros.
- 8.- Columna D Yo Familiar (YO FAM). Este puntaje refleja los propios sentimientos de adecuación, mérito y valor como miembro de una familia. Se refiere a la percepción que el

individuo tiene de sí mismo en relación a su círculo de -- allegados más cercano e inmediato.

9.- Columna E Yo Social (YO SOC). Esta es otra categoría del "yo como se percibe en relación a otros" pero pertenece a los "otros" en un sentido más general. Refleja el sentido de adecuación y valer de la persona en su interacción social con otras personas en general.

(C).- Los puntajes de Variabilidad (V). Los puntajes V proporcionan una medida simple de la cantidad de variabilidad o inconsistencia de una área de autopercepción a otra. Los puntajes altos significan que el sujeto es muy variable en este aspecto, mientras que los puntajes bajos indican una variabilidad baja que puede ser considerable como rigidez si es extremadamente baja (por debajo del primer percentil)

1.- V Total (V). Esta representa el monto total de variabilidad para todo el registro. Los puntajes altos indican que el autoconcepto de la persona varía tanto de una área a otra que refleja poca unidad o integración. Las personas con altas puntuaciones tienden a encasillar ciertas áreas de su autoimagen y a visualizarlas como muy separadas del resto del yo. Las personas bien integradas generalmente obtienen una puntuación por debajo de la media, pero por encima del primer percentil.

2.- V Total Columna (V COL). Este puntaje mide y resume las variaciones dentro de las columnas.

3.- V Total Hilera (V HIL). Este puntaje es la suma de las va

variaciones a través de las diferentes hileras.

(D).- El Puntaje de Distribución. (D). Este puntaje representa la suma que el individuo obtiene por la manera en que distribuye sus respuestas entre las cinco opciones de que se le presentan para contestar a los ítems de la Escala. Se puede interpretar también como una medida adicional de la autopercepción: la certeza o seguridad sobre la manera en que uno se ve así mismo. Un puntaje alto indica que el sujeto está muy definido y seguro en lo que dice sobre sí mismo, mientras que un puntaje bajo significa todo lo contrario. También, a veces se encuentran bajas puntuaciones en personas que asumen actitudes de reserva y defensa. Estas evaden y evitan entregarse y confiarse realmente mediante el empleo de opciones "3" en la Hoja de Respuestas. Los puntajes extremos en esta variable, en cualquier dirección, son poco deseables y generalmente se obtienen en personas perturbadas. Por ejemplo, a menudo los pacientes esquizofrénicos usan casi exclusivamente respuestas "5" y "1", dando lugar a puntajes D muy altos. Otros pacientes perturbados son extremadamente inseguros y desconfiados en sus autodescripciones con predominancia de las respuestas "2", "3", "4" y Puntajes D muy bajos

(E).- El Puntaje de Tiempo. Este puntaje es simplemente una medida del tiempo que el sujeto requiere para completar la Escala. Solo recientemente el autor ha realizado algún estudio de esta variable y hasta el momento es poco lo que -

lo que se sabe con respecto a su significado o significancia, la mayoría de los sujetos completan la escala en menos de 20 minutos. Se ha encontrado - los pacientes psiquiátricos en general requieren más tiempo que los no pa-- cientes. Esto es particularmente cierto con respecto a aquellos que son - exageradamente compulsivos, paranoides o depresivos.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, es un instrumen-- to psicométrico diseñado para proporcionar en una prueba simple, las anota-- ciones de las más importantes fases de la personalidad.

Consta de 556 items con temas referentes a 26 materias diferentes como salud general, sensibilidad, fisiología, hábitos individuales, familiares o maritales, educación, ocupación, estados maniácos, depresivos, compulsivos- u obsesivos, tendencias, delisiones, alucinaciones, fobias, etc.

El Inventario es útil de los 16 a los 55 años en ambos sexos.

En las instrucciones se le pide al sujeto que conteste a las preguntas de la prueba en dos formas: falso o verdadero. No se cuenta con tiempo lí-- mite, usualmente se necesitan de 30 a 90 minutos para la solución.

Cuando el sujeto ha terminado, sus respuestas son cuantificadas de a-- cuerdo a tres escalas de validez y nueve escalas clínicas básicas, ellas -- son: mentira o falsedad (L), validez (F), corrección (K), hipocondriasis -- (Hs), depresión (D), histeria (Hi), personalidad psicopática (Dp), intere-- ses masculinos y femeninos (Mf), paranoia (Pa), psicastenis (Pt), esquizo-- frenia (Es) e hipomania (Ma).

Escala L:

Puntaje mentira. Nos indica el grado en que el sujeto falsifica sus res--- puestas para ser mejor aceptado socialmente.

Escala F:

Puntaje de Validez.

Esta no es una escala de personalidad, pero es de utilidad para la validez de la prueba.

Escala K:

Puntaje de corrección. Revela las dificultades y rasgos de aquellos pacientes que dan un perfil normal o anormal y no debieran hacerlo. Su función es rectificar las anotaciones para dar un perfil adecuado.

Escala 1 (Hs). Se refiere a la descripción de la sensación de problemas somáticos como pueden ser la fatiga, el cansancio y las molestias físicas vagas.

Escala 2 (D). El término depresión describe el conjunto de características que se relacionan con los sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa, que pueden ser parte de un gran número de síndromes psicopatológicos.

Escala 3 (Hi). Se refiere la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia, el individuo demanda de su grupo todo lo antes mencionado.

Escala 4 (Dp). Los elementos de esta escala se interpretan como una medida muy general, de la posibilidad del individuo, de manifestar en forma abierta y sin control, sus descargas impulsivas.

Escala 5 (Mf). Esta escala no tiene una denominación clínica y en el MMPI se refiere a las características masculinas y femeninas que en el grupo social asigna convencionalmente a los papeles del hombre y la mujer. Es pues, que esta escala debe de ser considerada como una medida de actitudes de ajuste hacia aspectos sociales y de intentos por ofrecer una apariencia, en relación a la vivencia psicosexual.

Escala 6 (Pa). Esta escala describe características que se agrupan bajo el término clínico conocido como paranoia.

Al elevarse esta escala, principalmente pone de manifiesto actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y tendencia a la sobreinterpretación de los estímulos, con consecuentes descargas agresivas que se pueden entender como una forma de defensa anticipada a posibles situaciones de ataque, que el sujeto percibe como amenazantes para su seguridad.

Escala 7 (Pt). Se refiere a la angustia con que un individuo enfrenta los estímulos. Las características son reacciones fóbicas, pensamientos obsesivos, conducta compulsiva. En si puede considerarse, en relación en la dinámica de la personalidad, como el " termómetro de la angustia".

Escala 8 (Es). Su utilidad es detectar esta alteración, resulta bastante frágil, ya que se entiende que la esquizofrenia es uno de los síndromes más completos que se conocen, como para conseguir que pueda ser valorado a través de algunos cuantos reactivos.

Escala 9 (Ma). El término clínico de Hipomanía, tampoco resulta muy ajustado a las características que define esta escala dentro del MMPI.

En forma general, puede considerarse como una forma de evaluar la energía que tiene el sujeto para fijarse metas y tartar de alcanzarlas.

Escala 0 (Si). Esta escala no hace referencia a ninguna alteración de la personalidad. Más bien, fue elaborada con el fin de encontrar las tendencias del sujeto e identificarse con características, que en la terminología jungiana se agrupan bajo los nombres de Introversión- Extroversión.

4.7 PROCEDIMIENTO

Las pruebas para las pacientes lúpicas se llevaron a cabo en consultorios del Centro Médico Nacional en el servicio de consulta externa del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) dicho lugar tiene una medi

da aproximada de 4 X 4 metros cuadrados, cuenta además con escritorio, sillas, ventilación, iluminación adecuada, etcetera.

A las personas normales la aplicación de pruebas se llevo a cabo en consultorio particular ubicado en el Distrito Federal, dicho lugar tiene una medida aproximada de 5 X 5 metros cuadrados, cuenta con escritorio, sillas, ventilación, iluminación adecuada etcetera. La aplicación de los instrumentos, se realizó en forma individual.

El primer paso fue la aplicación del test de Matrices Progresivas (Raven) con el fin de obtener un coeficiente intelectual término medio, al comprobar este, se aplicó la Escala de Autoconcepto de Tennessee; se les proporcionó el folleto de preguntas y la hoja de respuestas al mismo tiempo se daban las instrucciones que indica la cubierta interior del folleto de preguntas; a continuación se les presentó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.) y se les pidió contestaran las preguntas de dicha prueba.

4.8 TRATAMIENTO ESTADISTICO

Una vez aplicados y calificados los test, se procedió a codificar los resultados obtenidos, ésto se realizó al vaciar los puntajes brutos del test de Autoconcepto y del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.).

La muestra quedó integrada de la siguiente forma:

GRUPO I.- 25 Pacientes Lúpicas.

GRUPO II.- 25 Personas Normales.

A fin de obtener los perfiles de Autoconcepto y personalidad de los grupos arriba mencionados.

Se empleó el análisis de frecuencia con las siguientes fórmulas estadísticas.

$$\text{Media: } \bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

$$\text{Desviación Estandar: } S = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N}}$$

En la que:

\sum = Suma de

X = Puntaje individual

\bar{X} = Media

N = Número de Sujetos de grupo

Para el tratamiento estadístico, utilizamos una prueba para métrica, con el objeto de obtener diferencias exactas, entre -- los perfiles obtenidos en las 14 escalas del tests de Autocon-- cepto de Tennessee y las 13 escalas del Inventario Multifásico-- de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), en el grupo de muje-- res lúpicas y en el grupo de personas normales, así como poder-- rechazar hipótesis nula.

La prueba "T" para dos muestras independientes fué la más-- idónea para esta investigación que cuenta con un nivel interva-- lar y además analiza dos pruebas independientes.

Las fórmulas estadísticas utilizadas fuerón:

$$t = \frac{X_2 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}}$$

$$= \sqrt{\frac{N_1 S_1^2 + N_2 S_2^2}{N_1 + N_2 - 2}}$$

En donde:

\bar{X}_1 = Puntaje Promedio del Grupo 1

\bar{X}_2 = Puntaje Promedio del Grupo 2

$$S^2 = \frac{(X - \bar{X})^2}{n}$$

= Desviación Típica

N_1 = Número de Sujetos del Grupo 1

N_2 = Número de Sujetos del Grupo 2

S_1^2 = Varianza del Grupo 1

S_2^2 = Varianza del Grupo 2

X = Puntaje Individual

NIVEL DE SIGNIFICANCIA

El nivel de significancia (α) propuesto para este estudio fué de 0.05.

GRADOS DE LIBERTAD

Fué calculado por el grupo de pacientes lúpicas y personas

normales, de acuerdo con la fórmula:

$$g_1 = N_1 + N_2 - 2$$

En la que:

N_1 = Número de Sujetos del Grupo 1

N_2 = Número de Sujetos del Grupo 2

C A P I T U L O V . - R E S U L T A D O S

5.1 TABLA DE RESULTADOS Y PERFILES

N O M E N C L A T U R A

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (M.M.P.I.)

CUADROS	PERFILES	SIGNIFICADO
L		FRANQUEZA
F		VALIDEZ
K		CORRECCION
Hs	ESCALA 1	HIPOCONDRIASIS
D	ESCALA 2	DEPRESION
Hí	ESCALA 3	HISTERIA
Dp	ESCALA 4	DESVIACION PSICOPATICA
Mf	ESCALA 5	MASCULINO - FEMENINO
Pa	ESCALA 6	PARANOIA
Pt	ESCALA 7	PSICASTENIA
Es	ESCALA 8	ESQUIZOFRENIA
Ma	ESCALA 9	MANIA
Si	ESCALA 0	EXTROVERSION E INTROVERSION

R E S U L T A D O S
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA

(M.M.P.I.)

GRUPO 1 EXPERIMENTAL Y GRUPO 2 CONTROL

TABLA A

ESCALA	GRUPO	MEDIA	D.S.	ERROR S.	VALOR T	GL			
L	gpo 1	3.400	1.530	0.306	-2.97	48	0.005	Se	acepta
	gpo 2	5.520	3.151	0.630					
F	gpo 1	13.000	2.693	0.539	4.42	48	0.000	Se	acepta
	gpo 2	8.120	4.825	0.965					
K	gpo 1	10.320	3.172	0.634	-1.09	48	0.283	Se	acepta
	gpo 2	11.600	4.950	0.990					
Hs	gpo 1	27.720	3.221	0.644	11.85	48	0.000	Se	acepta
	gpo 2	14.360	4.627	0.925					
D	gpo 1	36.720	6.045	1.209	9.89	48	0.000	Se	acepta
	gpo 2	22.000	4.340	0.868					
Hi	gpo 1	33.320	3.172	0.634	13.99	48	0.000	Se	acepta
	gpo 2	20.080	3.511	0.702					
Dp	gpo 1	30.720	5.763	1.153	5.97	48	0.000	Se	acepta
	gpo 2	24.240	4.156	0.831					
Mf	gpo 1	33.040	2.806	0.561	-0.24	48	0.812	Se	acepta
	gpo 2	33.240	3.086	0.617					
Pa	gpo 1	14.000	3.391	0.678	4.03	48	0.000	Se	acepta
	gpo 2	10.360	2.984	0.597					
Pt	gpo 1	37.880	7.574	1.515	6.93	48	0.000	Se	acepta
	gpo 2	24.040	6.503	1.301					
Es	gpo 1	41.680	9.236	1.847	5.97	48	0.000	Se	acepta
	gpo 2	27.080	8.010	1.602					
Ma	gpo 1	23.360	4.232	0.846	2.74	48	0.009	Se	acepta
	gpo 2	20.040	4.344	0.869					
Si	gpo 1	39.880	10.059	2.012	4.50	48	0.000	Se	acepta
	gpo 2	28.680	7.341	1.468					

N O M E N C L A T U R A

CUADROS	PERFILES	SIGNIFICADO
A - C		AUTOCRITICA
T - P	PUNTAJE TOTAL POSITIVO	NIVEL TOTAL DE AUTOESTIMA
I - B	HILERA 1	IDENTIDAD BASICA
A - S	HILERA 2	AUTOSATISFACCION
C	HILERA 3	CONDUCTA
YO FIS	COL. A	YO FISICO
YO MOR	COL. B	YO ETICO - MORAL
YO PER	COL. C	YO PERSONAL
YO FAM	COL. D	YO FAMILIAR
YO SOC	COL. E	YO SOCIAL
V		VARIABILIDAD TOTAL
V COL	TOTAL COL	VARIABILIDAD TOTAL COLUMNAS
V HILL	TOTAL HILERAS	VARIABILIDAD TOTAL HILERAS
D	D	DISTRIBUCION DE RESPUESTAS

R E S U L T A D O S

TEST DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

GRUPO 1 EXPERIMENTAL Y GRUPO 2 CONTROL

TABLA B

ESCALA	GRUPO	MEDIA	D.S.	ERROR S.	VALOR T	GL	
A - C	gpo 1	39.000	4.311	0.862	0.63	48	0.533 Se acepta Ho
	gpo 2	37.860	7.044	1.409			
T - P	gpo 1	240.280	29.963	5.993	-10.96	48	0.000 Se acepta Hi
	gpo 2	342.600	35.814	7.163			
I - R	gpo 1	85.800	12.550	2.510	-8.37	48	0.000 Se acepta Hi
	gpo 2	117.920	14.506	2.901			
A - S	gpo 1	74.120	11.439	2.288	-10.39	48	0.000 Se acepta Hi
	gpo 2	110.880	13.498	2.700			
C	gpo 1	8.360	9.995	1.999	-10.38	48	0.000 Se acepta Hi
	gpo 2	114.000	12.754	2.551			
YO FIS	gpo 1	37.760	10.906	2.181	-11.45	48	0.000 Se acepta Hi
	gpo 2	71.640	10.004	2.001			
YO MOR	gpo 1	59.400	6.837	1.367	-3.21	48	0.002 Se acepta Hi
	gpo 2	66.080	7.863	1.573			
YO PER	gpo 1	42.360	6.788	1.358	-12.91	48	0.000 Se acepta Hi
	gpo 2	70.920	8.732	1.746			
YO FAM	gpo 1	55.640	8.062	1.612	-4.50	48	0.000 Se acepta Hi
	gpo 2	66.000	8.216	1.643			
YO SOC	gpo 1	45.040	7.486	1.497	-10.12	48	0.000 Se acepta Hi
	gpo 2	68.880	9.098	1.820			
V	gpo 1	55.520	11.616	2.323	3.46	48	0.001 Se acepta Hi
	gpo 2	45.320	9.100	1.820			
V COL	gpo 1	26.080	8.113	1.623	0.39	48	0.700 Se acepta Ho
	gpo 2	25.280	6.348	1.270			
V HILL	gpo 1	29.440	8.347	1.669	5.01	48	0.000 Se acepta Hi
	gpo 2	20.040	4.286	0.857			
D	gpo 1	105.920	20.160	4.032	-3.27	48	0.002 Se acepta Hi
	gpo 2	126.280	23.699	4.740			

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre GRUPO DE PACIENTES LUPICAS
(letra de molde)

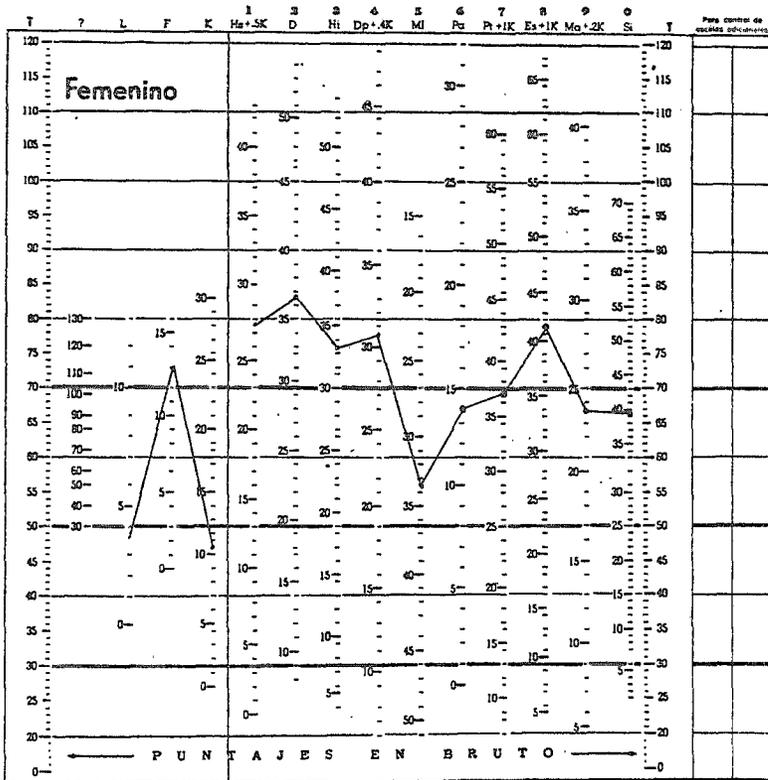


Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba Junio 1984-85

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referida por _____



Fracciones K

K	5	4	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

GRUPO EXPERIMENTAL

Nº = 25 sujetos

Puntaje en bruto _____

Agregar factor K _____

Puntaje corregido _____

PERFIL 1



Firma _____ Fecha _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Forma 1 SUMARIO

F
Femenino

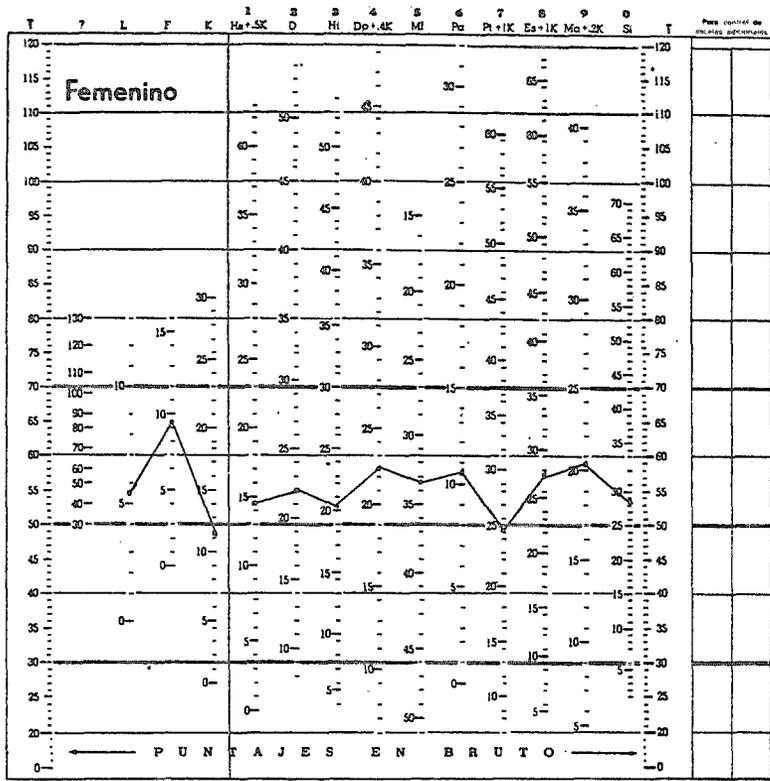
Nombre GRUPO DE PERSONAS NORMALES
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba Junio 1984-85

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto _____
 Agregar factor K _____
 Puntaje corregido _____



PERFIL 2

Frecuencias K

K	3	4	5
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

GRUPO CONTROL

Nº = 25 sujetos

Firma _____ Fecha _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



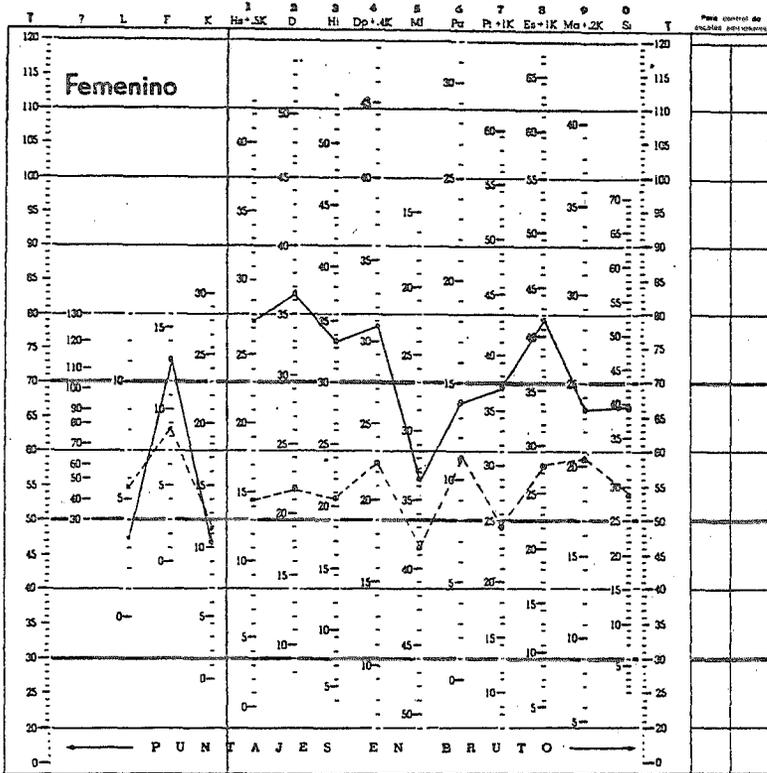
Nombre PACIENTES LUPICAS Y PERSONAS NORMALES
(letra de molde)

Dirección _____

Occupación _____ Fecha de la Prueba Junio 1984-85

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K			
K	S	A	S
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

GRUPO EXPERIMENTAL _____

GRUPO CONTROL _____

Puntaje en bruto _____

Agregar factor K _____

Puntaje corregido _____



5.2 RESULTADO DE LAS HIPOTESIS

El principal objetivo de este estudio es investigar si existen diferencias de personalidad y autoconcepto entre el grupo de mujeres lúpicas y el grupo de personas normales.

En virtud de lo anterior se contrastaron la siguiente hipótesis:

Hi: Hipótesis de Trabajo

El perfil de personalidad de la paciente lúpica va a diferir de personas normales.

Ho: Hipótesis Nula

El perfil de personalidad de la paciente lúpica no va a diferir de personas normales.

Como resultado del tratamiento estadístico de los datos, se obtuvieron los perfiles globales de personalidad por medio del - Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.) de ambos grupos y se encuentran reunidos en la tabla de resultados "A".

Al observar la tabla de resultados "A" notamos que hay diferencias estadísticamente significativas en las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I.): L, F, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 y 0, con lo que aceptamos la hipótesis de trabajo.

Hi: Hipótesis de Trabajo 1

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la escala clínica (2) Depresión del Inventario Multifási

co de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de personas normales.

Ho: No se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la escala clínica (2) Depresión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de personas normales.

El grupo de pacientes lúpicas obtuvo un puntaje T 83 mientras que el grupo de personas normales obtuvo un puntaje de T 56.

Por lo cual se acepta la Hipótesis de Trabajo (Hi) y se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). (ver tabla de resultados "A")

Hi: Hipótesis de trabajo 2

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la escala clínica (1) Hipocondriasis del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de personas normales.

Ho: Hipótesis Nula 2

No se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la escala clínica (1) Hipocondriasis del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de personas normales.

El grupo de pacientes lúpicas obtuvo un puntaje de T 78 y el grupo de personas normales un puntaje de T 52.

Por lo que aceptamos la Hipótesis de Trabajo (Hi) y se rechaza la hipótesis Nula (Ho). (ver tabla de resultados "A")

Hi: Hipótesis de Trabajo 3

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la escala clínica (3) Histeria del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de personas normales.

Ho: Hipótesis Nula 3

No se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la escala clínica (3) Histeria del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de personas normales.

En el grupo de pacientes lúpicas se ve un puntaje T 83 y el grupo de personas normales presenta un puntaje T 52.

Aquí también se acepta la hipótesis de trabajo (Hi) y se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). (ver tabla de resultados "A")

Hi: Hipótesis de Trabajo 4

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la escala clínica (4) Desviación Psicopática del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de personas normales.

Ho: Hipótesis Nula 4

No se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la escala clínica (4) Desviación Psicopática del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de personas normales.

El puntaje obtenido de las pacientes lúpicas es de T 72 --- mientras que el grupo de mujeres normales presentó un punta je T 62.

Los resultados estadísticamente nos indican que hay diferen cias significativas, por lo cual se acepta la hipótesis de Trabajo (Hi) y se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). (ver ta- bla de resultados "A")

Hi: Hipótesis de Trabajo 5

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas- en la columna "A" Yo Físico de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo - de personas normales.

Ho: Hipótesis Nula 5

No se encontrarán diferencias estadísticamente significati- vas en la columna "A" Yo Físico de la Escala de Autoconcep- to de Tennessee, entre el grupo de pacientes lúpicas y el - grupo de personas normales.

Aquí las pacientes lúpicas obtuvieron una puntuación T 10 - en tanto el grupo de personas normales obtuvieron un punta- je T 48. (ver tabla de resultados "B")

Al observar los resultados estadísticos vemos que hay dife- rencias significativas, por lo tanto se acepta Hipótesis de Trabajo (Hi) y se rechaza la Hipótesis Nula (Ho).

Hi: Hipótesis de Trabajo 6

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas- en la columna "D" Yo Familiar de la Escala de Autoconcepto- de Tennessee, entre el grupo de pacientes lúpicas y el gru-



po de personas normales.

Ho: Hipótesis Nula 6

No se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la Columna "D" Yo Familiar de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, entre el grupo de pacientes lúpicas y el grupo de mujeres normales.

El grupo de pacientes lúpicas presentó un puntaje T 32 y el grupo de mujeres normales un puntaje T 44.

Al haber encontrado diferencias estadísticamente significativas se acepta la Hipótesis de Trabajo (Hi) y se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). (ver tabla de resultados "B")

5.3 INTERPRETACION DE LAS ESCALAS DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (M.M.P.I.) DE ACUERDO A SUS -- PERFILES.

En base a las puntuaciones "T" del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.) que son las siguientes:

G R U P O E X P E R I M E N T A L

PUNTAJE	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{X}	3.4	13.0	10.3	27.7	36.7	33.3	30.7	33.0	14.0	37.8	41.6	23.3	39.8
T	48	73	47	78	83	76	78	56	68	69	78	63	66

G R U P O C O N T R O L

PUNTAJE	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{X}	5.5	8.1	11.6	14.3	22.0	20.0	24.2	33.2	10.3	24.0	27.0	20.0	28.6
T	55	63	48	52	56	52	62	57	56	49	57	58	53

SE OBTUVIERON LAS SIGUIENTES CLAVES TOMANDO EL SISTEMA DE CODIFICACION DE WELSH EN
 EL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA
 GRUPO EXPERIMENTAL.....2"1843'7609-5/F L K;
 GRUPO CONTROL.....4-95826013/7:F L K;

INTERPRETACION DE PERFIL

La interpretación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota será de dos formas:

- 1.- Interpretación Escala por Escala para contrastar las características de Personalidad de las integrantes de los dos grupos.
- 2.- Interpretación global en base a las combinaciones de las escalas de los dos grupos.

INTERPRETACION DEL PERFIL DEL GRUPO DE PACIENTES LUPICAS Y EL GRUPO DE PERSONAS NORMALES.

(L) Mentira. El grupo experimental obtuvo un puntaje T 48 y el grupo control T 55. Aunque existen diferencias cuantitativas, las diferencias cualitativas no son significativas, ya que indica que contestaron el instrumento en forma sincera y espontanea.

(F) Validez. El grupo experimental obtuvo un puntaje T 73 y el grupo control un puntaje de T 63. En estas puntuaciones vemos que el grupo de pacientes lúpicas sugieren una probabilidad creciente de mal funcionamiento del Ego, falta de interés, falta de cooperación mientras que el grupo de personas normales tienen independencia de pensamiento. Personas temperamentales, insatisfechas, inquietas y poco convencionales.

(K) Corrección. El grupo de pacientes lúpicas obtuvo un --
puntaje T 47 y el grupo de mujeres normales un puntaje T 48.
Aquí los puntajes nos dicen que los dos grupos presentan un
equilibrio entre abrirse y protegerse uno mismo, es decir, -
estas personas son libres y abiertas en sus autodescripcio-
nes y admiten sus limitaciones.

(Hs) Hipocondriasis. El grupo de pacientes lúpicas obtuvo-
un puntaje de T 78 y el grupo control (mujeres normales) un
puntaje T 52. Estas puntuaciones nos indican que el primer
grupo tienen gran interés acerca de la integración física y
un gran número de preocupaciones somáticas, constantemente-
se quejan y tienen periodos en donde carecen de energía pa-
realizar las actividades cotidianas. Las defensas somáti--
cas no son afectivas: ruegan que se les trate y a la vez -
rechazan y devalúan cualquier ayuda. La actitud es de de--
pendencia con expresiones indirectas de hostilidad. Mien--
tras que en el grupo de mujeres normales son realistas acer-
ca de su salud y pocas manifestaciones de sintomatología so-
mática.

(D) Depresión. El grupo de pacientes lúpicas obtuvo un pun-
taje T 83 el cual nos indica que son personas con una depre-
sión severa, preocupación extrema y pesimismo. Se caracte-
rizan por conducta indecisa y aislamiento, anorexia e insom-
nio. Sentimientos de inadecuación, el contenido de su pen-
samiento gira en torno a su padecimiento, restringiendo su-
interés por el mundo en que se desenvuelve y demandando a--
tención en forma permanente, mientras que el grupo de perso-
nas normales obtuvo una puntuación T 56 en el cual nos dice

que son personas con perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo: se caracterizan tam---bién por mucha energía y entusiasmo.

(Hi) Histeria. En el grupo de pacientes lúpicas se observa una puntuación T 76 en el cual encontramos que son personas infantiles, en la que la petición de afecto se hace exagerada y aparecen manifestaciones exhibicionismo e histrionismo. El grupo de personas normales presenta un puntaje T 52 en el cual no se han encontrado significados consistentes a este nivel.

(Mf) Masculino-Femenino. La puntuación T en las pacientes-lúpicas es de 56 y el de mujeres normales es de 57. En esta elevación se sugiere que puede surgir características de seguridad e intereses vocacionales.

(Dp) Personalidad Psicopática. El puntaje T 78 de las pacientes lúpicas nos indica que son sujetos egocéntricos, --con dificultades para establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas con tendencias a evitar asumir responsabilidades y compromisos. Tienen dificultad para contro--llar sus impulsos y poseen poca tolerancia a la frustración. Mientras que el grupo de mujeres normales presentó un puntaje T 62 en el cual se observan personas independientes e inconformistas, no son impulsivas ni presentan sentimientos inapropiados, son enérgicas y activas.

(Pa) Paranoia. Aquí las pacientes lúpicas obtuvieron un --puntaje T 68 en el cual las personas se caracterizan por su hipersensibilidad, rigidez y sentimientos de limitaciones y

presiones ante los aspectos sociales y vocacionales de la vida; exhiben mucha desconfianza, parecen recentidos acerca de males reales e imaginados que sienten se le hacen. El grupo de mujeres normales nos da una puntuación T 56 en el cual se ven personas consideradas con los demás, se caracterizan por su adecuada flexibilidad. Son muy alertas, sensibles y astutos.

(Pt) Psicastenia. El grupo de pacientes lúpicas obtuvieron un puntaje T 69 por lo cual vemos que son personas que presentan ansiedad, indecisión y tensión. Las mujeres normales obtuvieron un puntaje T 49 en el cual todavía no se encuentran significados consistentes a este nivel.

(Es) Esquizofrenia. Las pacientes lúpicas obtuvimos un puntaje T 78. A este nivel se observan pacientes caracterizados por los cuadros siguientes:

- 1.- Mentalidad esquizoide: inusuales, ecétricos, pero pueden mantener adaptación social y vocacional.
- 2.- Se encuentran también socialmente introvertidos, es decir se relacionan muy pobremente y tienden a evitar la realidad o las presiones de la realidad y presentan impulsos inaceptables buscando realización en sus fantasías. No se sabe que es lo que se espera de ellos, aún en las relaciones interpersonales más sencillas.

El grupo de las personas normales, obtuvieron un perfil T - 57 en el cual se observa que intereses prácticos y teóricos.

(Ma) Mania. Las pacientes lúpicas obtuvieron una puntuación T 66 y las mujeres normales una puntuación T 59. Con estas puntuaciones los dos grupos caen en el mismo rango en el cual no hay nada significativo.

(Si) Extroversión e Introversión. Su puntuación T 66 en pacientes lúpicas nos indica que son personas bastante reservadas, difíciles de conocer, aparentemente tímidas en situaciones sociales que le son extrañas. El grupo de mujeres - no lúpicas con una puntuación T 53 se caracterizan por su capacidad para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria.

INTERPRETACION GLOBAL EN BASE A LAS COMBINACIONES DE LAS ESCALAS DE LOS DOS GRUPOS:

PACIENTES LUPICAS.- Combinación 2-1-8-4-3

Pacientes que sufren algún malestar físico, de dolores constantes. Sufren también de depresión, irritabilidad, timidez, -- aislamiento y tendencias hipocondríacas. Son personas angustiadas, preocupadas y enormemente interesadas en el bienestar de su cuerpo, en la salud física. El diagnóstico que se da a este tipo de pacientes es de una psiconeurosis tipo somático (hipocondriasis, histeria).

Son pacientes con gran número de dolencias y padecimientos.

A pesar de muchos medicamentos, el alivio o mejoría de síntomas es muy pequeño. Enfatizan sus desgracias y dolencias y -- tienen muy poca comprensión de sus problemas emocionales y de su adaptación personal. Expresan sus dificultades y temores, tie--

nen falta de confianza en sí mismo, son rígidos, no se sienten bien cuando están con la gente y carecen de eficiencia. Presentan cefaleas constantes, depresión, angustia, es socialmente insegura, tímida y tiene dificultades para relacionarse con el -- sexo opuesto.

En síntesis, la personalidad de la paciente lúpica puede -- puede considerarse con las siguientes características:

- Alto nivel depresivo.
- Se percibe diferente a los demás ya que presenta inseguri-- dad.

En el grupo de mujeres normales sus perfiles nos indican una adecuada adaptación social, familiar, etc; lo cual nos dice -- que son personas con un autoconcepto adecuado y sin alteraciones en la personalidad.

5.4 INTERPRETACION DE LAS ESCALAS DEL TEST DE AUTOCONCEPTO
TENNESSEE DE ACUERDO A SUS PERFILES

EN LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE SE OBTUVIERON LOS SIGUIENTES PUNTAJES

G R U P O E X P E R I M E N T A L

PUNTAJE	A-C	T-P	I-B	A-S	C	YO FIS	YO MOR	YO PER	YO FAM	YO SOC	V	V COL	V HILL	D
X	39.0	240.2	85.8	74.1	80.3	37.7	59.4	42.3	55.6	45.0	55.5	26.0	29.4	105.9
T	54	24	18	31	22	10	35	24	32	23	56	45	64	43

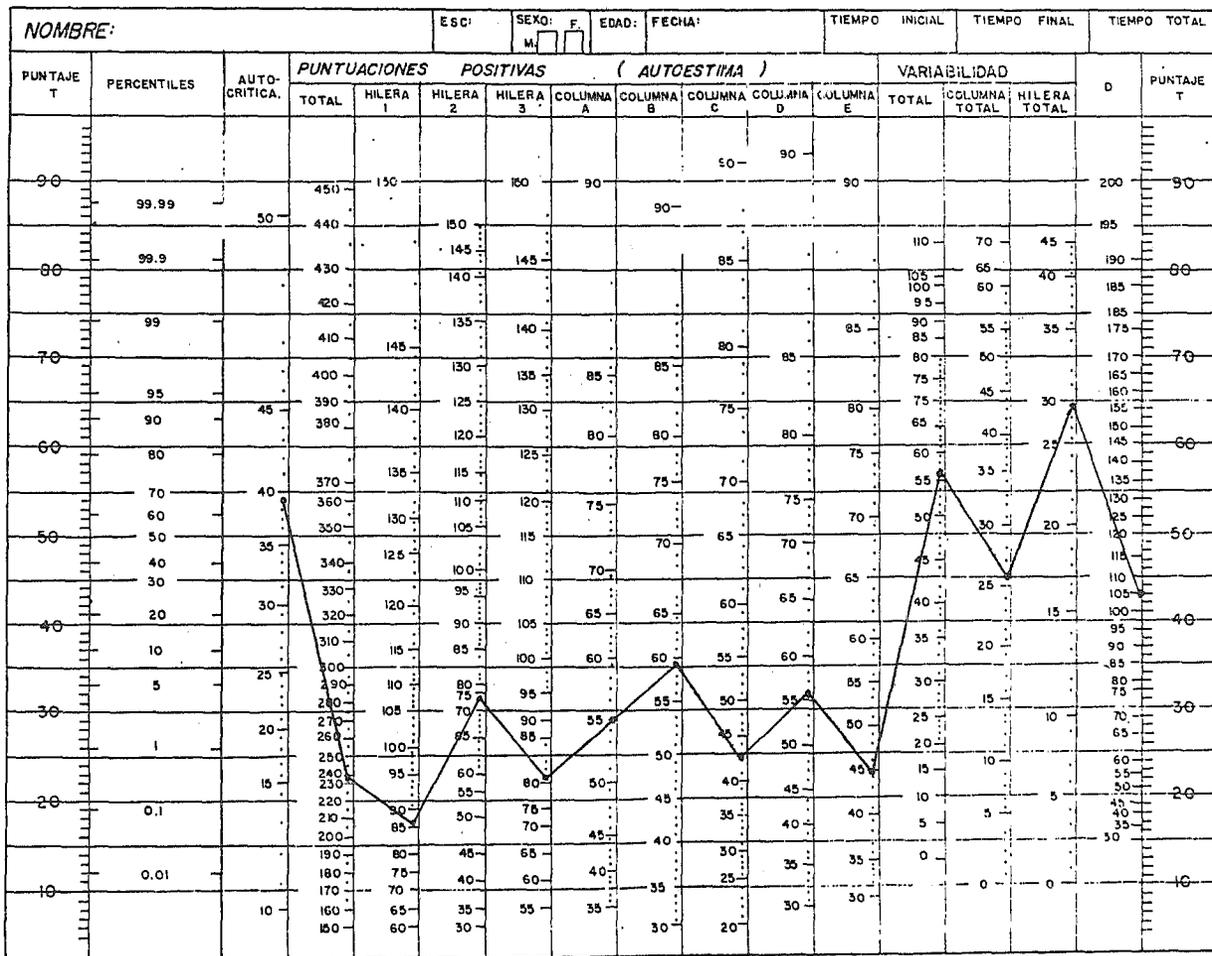
G R U P O C O N T R O L

PUNTAJE	A-C	T-P	I-B	A-S	C	YO FIS	YO MOR	YO PER	YO FAM	YO SOC	V	V COL	V HILL	D
X	37.9	342.6	117.9	110.8	114.0	71.6	66.0	70.9	66.0	68.8	45.3	25.2	20.0	26.2
T	51	49	41	54	50	48	43	58	44	50	48	45	50	53

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE.

GRUPO EXPERIMENTAL: MUJERES LUPICAS

FORMA PARA ORIENTACION.



FORMA PARA ORIENTACION.

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE. GRUPO CONTROL: MUJERES NORMALES

NOMBRE:		ESC:	SEXO:	EDAD:	FECHA:	TIEMPO INICIAL	TIEMPO FINAL	TIEMPO TOTAL								
PUNTAJE T	PERCENTILES	AUTO-CRITICA.	PUNTUACIONES POSITIVAS (AUTOESTIMA)					VARIABILIDAD			D	PUNTAJE T				
			TOTAL	HILERA 1	HILERA 2	HILERA 3	COLUMNA A	COLUMNA B	COLUMNA C	COLUMNA D			COLUMNA E	TOTAL	COLUMNA TOTAL	HILERA TOTAL
90	99.99	50	450	150		150	90			50	90		90	200	90	
			440		150					90				195		
80	99.9		430		145	145				85				190	80	
			420		140								110	70	185	
	99		410	145	135	140							105	60	185	
			400		130	135	85	85		80		85	90	55	35	175
70	95		390	140	125	130				75		80	85	50	30	165
	90	45	380		120		80	80		80		80	75	45	30	160
60	80		370	135	115	125							65	40	25	155
			360		110	120	75	75	70	75	70	75	60	35	25	140
	70	40	350	130	105	115				70	65	70	55	30	20	135
50	50	35	340	125	100	110	70	70	65	70	65	65	50	30	20	125
	40		330		95	110				60	65	65	45	25	15	120
	30	30	320	120	90	105	65	65	60	65	65	65	40	20	15	110
40	20		310	115	85	100	60	60	55	60	60	60	35	20	10	105
	10	25	300		80	100	60	60	55	60	60	60	30	15	10	95
			290	110	75	95				55	50	55	30	15	10	90
30	5	20	280	105	70	90	55	55	50	55	55	55	25	10	10	85
			270		65	85				45	45	50	20	10	10	80
	1		260	100	60	80	50	50	45	45	50	50	15	10	10	75
			250		55	80	50	45	40	45	45	45	10	5	5	70
20	0.1	15	240	95	50	75	45	45	40	40	40	40	5	5	5	65
			230		45	70	45	40	35	40	40	40	5	5	5	60
			220	90	40	65	40	35	35	35	35	35	0	0	0	55
10	0.01	10	210	85	35	60	40	35	30	35	35	35	0	0	0	50
			200	80	30	55	35	30	25	30	30	30	0	0	0	45
			190		25	50	35	30	25	30	30	30	0	0	0	40
			180		20	45	35	30	20	30	30	30	0	0	0	35
			170		15	40	35	30	20	30	30	30	0	0	0	30
			160		10	35	35	30	20	30	30	30	0	0	0	25
			150		5	30	35	30	20	30	30	30	0	0	0	20

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE.

NOMBRE:		ESC:	SEXO:	F:	EDAD:	FECHA:	TIEMPO INICIAL	TIEMPO FINAL	TIEMPO TOTAL						
PUNTAJE T	PERCENTILES	AUTO-CRITICA.	PUNTAJONES POSITIVAS (AUTOESTIMA)					VARIABILIDAD		D	PUNTAJE T				
			TOTAL	HILERA 1	HILERA 2	HILERA 3	COLUMNA A	COLUMNA B	COLUMNA C			COLUMNA D	COLUMNA E	TOTAL	COLUMNA TOTAL
90	99.99	50	450	150	150	150	80	90	90	90	200	90			
80	99.9		440		150	145		90			110	70	45	190	80
70	99		430		140	140				85	105	65	40	185	
60	95	45	420		135	140				80	95	60	35	185	
50	90		410	145	130	135	85	85	85	85	90	55	35	175	
40	80		400		130	135	85	85			80	50		170	70
30	70	40	390		125	130					75	45		165	
20	60		380	140	120	130	80	80	75	80	80	40	30	160	
10	50		370	135	115	125					75	60	25	155	60
0	40	35	360	130	110	120	75	75	70	75	55	35	20	150	
	30		350	125	105	115					50	30		145	50
	20	30	340	120	100	110	70	70	65	70	70	25		140	
	10		330	115	95	110					65	20	15	135	
	5	25	320	110	90	105	65	65	60	65	60	15		130	40
	1	20	310	105	85	100	60	60	55	60	60	10		125	
	0.1	15	300	100	80	95	55	55	50	55	55	5		120	
	0.01	10	290	95	75	90	50	50	45	50	50	0		115	
			280	90	70	85	45	45	40	45	45	0		110	
			270	85	65	80	40	40	35	40	40	0		105	
			260	80	60	75	35	35	30	35	35	0		100	
			250	75	55	70	30	30	25	30	30	0		95	
			240	70	50	65	25	25	20	25	25	0		90	
			230	65	45	60	20	20	15	20	20	0		85	
			220	60	40	55	15	15	10	15	15	0		80	
			210	55	35	50	10	10	5	10	10	0		75	
			200	50	30	45	5	5	0	5	5	0		70	
			190	45	25	40	0	0	0	0	0	0		65	
			180	40	20	35	0	0	0	0	0	0		60	
			170	35	15	30	0	0	0	0	0	0		55	
			160	30	10	25	0	0	0	0	0	0		50	
			150	25	5	20	0	0	0	0	0	0		45	
				20	0	15	0	0	0	0	0	0		40	
				10	0	10	0	0	0	0	0	0		35	
				0	0	5	0	0	0	0	0	0		30	

GRUPO EXPERIMENTAL —————

GRUPO CONTROL - - - - -

PERFIL 6

Puntaje de autocrítica (A - C). El puntaje T de las pacientes lúpicas es de 54 y de las personas normales es de T 51. En los que observamos que la mayor parte de las preguntas fueron afirmativas por lo cual quiere decir que aceptan como ciertas con respecto a ellos mismos.

Puntajes Positivos (T - P). El puntaje en pacientes lúpicas -- fué de T 24 el cual nos indica que son personas que dudan de su propio valer y tienen poca fe y confianza en ellos mismos, manifiestan inconformidad con lo que perciben de su imagen.

El grupo de mujeres normales obtuvo un puntaje T 49 donde vemos que son personas que están contentas consigo mismas, sienten que son personas dignas y valiosas, tienen confianza en sí mismas y actúan de acuerdo con esta imagen.

Identidad (I - B). Su puntaje en personas lúpicas fue de T 18 en el cual se observa una concepción minusvaluada de sí mismos, destacando los aspectos más negativos de su personalidad. El puntaje T 41 en mujeres normales nos indica que se encuentran satisfechas con respecto al sí mismo que perciben.

Auto-Satisfacción (A - S). El puntaje T en pacientes lúpicas es de 31 y el de mujeres normales es de T 54. El cual indica que el primer grupo tiene una pobre opinión de sí mismo, mientras que el segundo grupo refleja un nivel positivo a nivel de aceptación.

Conducta (C). El grupo de pacientes lúpicas obtuvieron un puntaje T 22 en el cual nos indica que perciben su propia conducta poco adecuada de acuerdo a la sociedad donde se desenvuelven.

Perciben su conducta por abajo del nivel de lo que sienten que los demás esperan de ellos. El puntaje de mujeres normales fue de T 50 en el cual se observa una buena conducta y un buen funcionamiento como persona.

Yo Físico (YO FIS). El puntaje de pacientes lúpicas es de T 10 lo que significa que los sujetos describieron su apariencia física como inadecuada, poco hábil en los aspectos psicomotrices y una visión inapropiada de su sexualidad. El grupo de personas normales hay adecuación en las funciones arriba mencionadas.

Yo Moral (YO MOR). El puntaje T 35 fue para las pacientes lúpicas y T 43 para las mujeres normales. Estos puntajes nos indican que las mujeres normales tienen sentimiento de ser personas regularmente buenas con una satisfacción de religión aceptable, mientras las pacientes lúpicas tienen una sensación de valer menos, con valores minimizados.

Yo Personal (YO PER). Aquí las pacientes lúpicas obtuvieron un puntaje T 24 en el cual encontramos que se perciben diferentes a los demás y de poco valer como personas. Las mujeres normales se perciben de valor como personas, su sentimiento como persona es bueno así también sus relaciones con otros.

Yo Familiar (YO FAM). Las mujeres normales obtuvieron un puntaje T 44 en el cual se perciben con un sentimiento de adecuación regular como persona hacia las relaciones en su grupo familiar. El grupo de personas lúpicas obtuvo un puntaje T 32 en el cual se sienten inadecuados y de poco valía, para pertenecer a este grupo.

Yo Social (YO SOC). El puntaje obtenido para las mujeres lúpi-

cas fue de T 23 en el cual este grupo percibe su interacción social como inadecuada, con relaciones interpersonales superficiales y el grupo de mujeres normales con una puntuación T 50 en -- donde tienen un buen sentido de adecuación y valer en sus relaciones interpersonales.

Variabilidad Total (V). Su puntaje T 56 en pacientes lúpicas -- nos indica que no existe aún una completa unidad e integración -- de la autoimagen. El grupo de mujeres normales se encuentran -- bien integradas ya que obtuvieron un puntaje T 48.

Distribución (D). Las pacientes lúpicas según su puntaje T 43 -- existe una tendencia a mostrar poca seguridad o certeza sobre -- la manera en que se perciben. El grupo de mujeres normales con -- una puntuación T 53 nos indica que tiene seguridad en lo que dicen sobre sí mismos.

En síntesis la imagen de la paciente lúpica puede considerarse con las siguientes características:

- Bajo nivel de autoestima.
- Se consideran poco hábiles físicamente.
- Una sensación de que su conducta no es la adecuada al medio social donde viven.
- Inadecuadas en su interacción familiar y social.
- Se consideran de poco valer como personas.

El grupo de mujeres normales presentan en general una autoimagen adecuada.

VI.- DISCUSION

En base a los antecedentes científicos se observa que los estudios hechos son realizados en enfermedades reumáticas, sin embargo sobre el tema objeto de esta investigación solo existen estudios médicos y no psicológicos que puede ser observado desde diferentes aproximaciones.

Al abordarla desde el Autoconcepto y Características Psicológicas de la Personalidad se realiza de una manera fragmentaria, ya que la relación entre los factores Biológicos y psicológicos son muy amplios y es difícil de abordarlos todos. Por lo tanto con el empleo de instrumentos utilizados en esta investigación, solo se describen características de personalidad y autoconcepto y no las motivaciones inconscientes que son las que tienen un peso significativo entre los factores Biológicos y psicológicos.

C O N C L U S I O N E S

Al obtener el resultado de este estudio se concluye que -- existen diferencias significativas en las características de -- Personalidad y Autoconcepto entre el grupo de mujeres lúpicas y el grupo de mujeres que carecen de esta enfermedad. Así mismo vemos que hay una relación íntima entre Personalidad y Autoconcepto, consecuentemente hay relación en la escala 1 (Hs) Hipocondriasis con la escala Yo Físico (YO FIS), ya que en ambas -- la paciente se siente con una apariencia física inadecuada, poco hábiles en los aspectos psicomotrices, una visión empobrecida de su sexualidad, es tímida, temerosa y con falta de confianza en sí misma. Presenta manifestaciones psicósomáticas con -- marcada angustia, sentimientos de culpabilidad al no percibir -- su imagen adecuada adecuada a los parámetros que la sociedad -- los señala.

También se relacionan las Escalas 7 (Pt) Psicastenia, 3 -- ((Hi) Histeria y 0 (Si) Extroversión e Introversión con la Escala (YO SOC) Yo social, aquí las pacientes perciben su interacción social como inadecuada, con relaciones interpersonales superficiales, presentan mucha tensión, ansiedad e indecisión, esto es debido a su estado físico actual. También existen fuertes exigencias de afecto, apoyo y atención; también presentan mucha inmadures.

Por último la escala 4 (Dp) Personalidad Psicopática con -- la escala (YO MOR) Yo Moral, aquí presentan una sensación de va

ler menos, de no ser una buena persona, rebelde, resentida e --
inconforme; además se muestran impulsivas, insatisfechas con po
ca tolerancia a la frustración limitada.

Luego entonces, se observa que hay una estrecha relación -
entre lo físico y lo emocional, debido a que la paciente por el
padeamiento que posee se siente rechazada, insegura y por con-
secuente con una depresión extrema.

Para concluir se recomendaría llevar a cabo terapias de --
grupo con pacientes lúpicas y terapias familiares, ya que esto-
representaría un factor de avance en el estado psicológico de -
la paciente.

La ayuda psicológica se podría resumir de la siguiente ma
nera:

- 1.- Diagnóstico inicial del tipo de personalidad de la pacien-
te.
- 2.- Plan de acción de apoyo psicológico.
- 3.- Limitación de secuelas psicológicas.

SUGERENCIAS PARA ESTUDIOS POSTERIORES

Se sugiere investigar tiempo de evolución del padecimiento, apareamiento de edades entre los dos grupos, dosis medicamentosa administrada a las pacientes en el tiempo de estudio, estado civil, nivel socioeconómico, revisión de expediente clínico para observar el grado de afección fisiológica de la paciente, aplicación de pruebas proyectivas, tales como el test de Roschach que mide la personalidad pluridimensionalmente, siendo las tres dimensiones principales: la percepción intelectual consciente, -- las emociones exteriorizadas y la vida emocional interna y el -- test de apercepción temática, este es un test proyectivo de la personalidad y se utiliza para explorar la forma en que se refleja la dinámica de la personalidad del sujeto en su experiencia subjetiva y cuales son las ideas y conflictos que maneja con los medios que le ofrecen su inteligencia y la estructura de su personalidad.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Allport, Gordon Willard. Desarrollo y cambio. Buenos Aires Ed. Paidos, 1966
- 2.- Allport, Gordon Willard. La personalidad su configuración y desarrollo. Buenos Aires Ed. Paidos, 1966
- 3.- Alvarado, Soto Victor Manuel. Aportaciones a la teoría de la personalidad de Harry Stack Sullivan. Tesis de Licenciatura UNAM México, 1985
- 4.- Arkin, Herbert. Colton, Raymond. Métodos Estadísticos. - Ed C.E.C.S.A., México, continental 1970
- 5.- Cuelli, José. Reidl, Lucy. Teorías de la Personalidad. - Ed. Trillas. México, 1976
- 6.- Etiopatogenia de la enfermedades del tejido conjuntivo. -- Sinposio Sintex Ediciones Instituto Sintex. México, 1984
- 7.- Fitts, William H. Tennessee Self Concep Scale Manual. -- Nashville; Counselor Recordings and Test, 1965
- 8.- Geldard, Frank A. Fundamentos de Psicología 1ra edic., -- Ed. Trillas, México 1980
- 9.- Guyton, Arthur C. Tratado de Fisiología Médica 4ta Edic.- Ed. Interamericana. México 1971
- 10.- Hall, Calvin Spriger 1909. La Teoría de la Personalidad.- Buenos Aires. Paidos 1974
- 11.- Hall, C. S. y Lindzey. La teoría de sí mismo y la personalidad. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidos, 1974

- 12.- Harris, Rosenberg. La autoimagen del adolescente y la so
ciedad, 1973
- 13.- Harrison, Medicina Interna. Ed. La Prensa Médica Mexica-
na, 1977
- 14.- Hartmann, Heinz. Ensallos sobre la psicología del yo. --
Fondo de Cultura Económica, México, 1969
- 15.- Hartmann, Heinz. La psicología del yo y el problema de a
daptación. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1972
- 16.- Hofling, Charles K. Tratado de Psiquiatría General 2da -
edic. Ed. Iberoamericana. México, 1981
- 17.- Kolb, Lawrence, C. Psiquiatría Médica Moderna. México -
Ed. La prensa Médica Mexicana, 1973
- 18.- Levin, Jack, 1941. Fundamentos de Estadística en la In--
vestigación Social. Ed. Harla, México 1979
- 19.- Meneses, Morales Ernesto Psicología General 7a edic. Ed.
Porrua, México 1978
- 20.- Nuñez, Rafael. Aplicación del Inventario Multifásico de-
la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.) a la Psicopatolo-
gía. Ed. El Manual Moderno, S.A., México 1979
- 21.- Rappaport, La personalidad y sus Etapas. Buenos Aires -
Ed. Paidós, 1977
- 22.- Richard, Evans. Diálogos con Erikson. Ed. Fondo de Cultur
a Económica. México 1975
- 23.- Robbins, Stanley L. Patología Estructural y Funcional. Ed.
Trillas México, 1977

- 24.- Rodríguez , Elizabeth. Rodríguez, Gpe. L. Estudio Comparativo de Autoconcepto en dos grupos de Adolescentes E pilépticos y no Epilépticos. Tesis de Licenciatura UNAM México, 1985
- 25.- Ruch, Floyd. Lombardo, Philp. G. Psicología y Vida. Ed. Trillas, México 1977
- 26.- Strand, Fleur L. Fisiología Humana. 1era edic. Iberoamericana, Máxico 1982
- 27.- Vargas, Montoya Samuel Psicología 7a edic. Ed. Porrúa-México, 1979
- 28.- Wilford, J. P. Psicología General 1era edc. Ed. Diana-México, 1970