

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



1130
PSI

**EL MMPI EN LA DETECCION DE PSICOPATOLOGIA EN
DOS GRUPOS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES
GASTROENTEROLOGICAS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

25053-08

UNAM 59

1980

M.-34206

aps. 613

A MI MADRE

Sé que este trabajo representa para tí la culminación de tus esfuerzos y esperanzas; por la oportunidad que me brindaste, muchas gracias.

A MI HIJA SABRINA

Que algún día sepas de esta satisfacción.

Dios te bendiga hija.

A MI ESOSO

Gracias por tu ayuda y por nuestra hija.

Este trabajo se realizó gracias a la colaboración del Hospital General de México de la S.S.A.

Hago patente mi agradecimiento al Dr. Manuel Charvel, Jefe de la Unidad de Gastroenterología.

También agradezco mucho al Dr. Adan Díaz Orellana, por su valioso apoyo y decidida colaboración.

A todos los pacientes de este estudio por su amabilidad de realizar las pruebas, gracias.

De una manera muy especial quiero agradecer sinceramente a mi asesor el Psic. Pablo Reyes López, por su constante interés.

Al Psic. Miguel Angel Rosado Chauvet, muchas gracias por su valiosa ayuda en la terminación de este trabajo.

Gracias Dr. Julián MacGregor por todas las atenciones que me ha brindado.

Al Lic. Celso Serra Padilla mi agradecimiento por su interés y ayuda.

Gracias a todas las personas que de algún modo colaboraron en la realización de mis estudios.

Gracias a mi hermano Paco por el trabajo de impresión.

I N D I C E

	Pág.
DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
<u>INTRODUCCION</u>	1
CAPITULO I	
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVO DEL ESTUDIO</u>	3
CAPITULO II	
<u>REVISION DE LA LITERATURA PREVIA</u>	6
CAPITULO III	
1.- <u>HIPOTESIS</u>	35
<u>MUESTRA</u>	35
<u>MATERIAL</u>	44
<u>METODO</u>	55
CAPITULO IV	
<u>RESULTADOS DEL ESTUDIO</u>	58
CAPITULO V	
<u>DISCUSION</u>	117
CAPITULO VI	
<u>CONCLUSIONES</u>	121

APENDICE

APENDICE A	130
APENDICE B	167
APENDICE C	176
CITAS BIBLIOGRAFICAS.....	178
BIBLIOGRAFIA.....	180

INTRODUCCION

Durante la realización de mi Servicio Social en el Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos", observé que los pacientes que más citas tenían -- en el departamento de Higiene Mental, específicamente, en Psicología, eran los que tenían padecimientos gastroenterológicos como por ejemplo: úlcera, colitis, cirrosis; ésto me llamó la atención, ya que eran personas sumamente agresivas, con problemas familiares, poco colaboradoras en la realización de pruebas psicológicas por lo que decidí basar mi tesis en este tipo de pacientes.

En vista de que la muestra de sujetos para la realización de este estudio se tomó del Hospital General de México, de la S.S.A. (Secretaría de Salud y Asistencia Pública, explicaré brevemente en qué consisten -- los servicios de esta Institución.

La S.S.A. se dedica a prestarle servicios médicos de todas las especialidades y psicológicos a toda aquella persona que carezca de recursos económicos para procurarse los servicios médicos en forma particular. El Hospital General está dividido por especialidades y se le conoce con el -- nombre de pabellones, así por ejemplo: existe el pabellón de gastroenterología, el pabellón de pediatría, el pabellón de gineco-obstetricia, etc., etc., en dichos pabellones se encuentran internados los pacientes. Aquí también se dan consultas externas y se puede internar al paciente e intervenir quirúrgicamente, cuando el médico lo considere conveniente, realizar análisis, Rayos X, etc.; todos estos servicios los presta el Hospital General de la S.S.A., por un costo mínimo; se cuenta con el servicio de trabajadoras sociales que son las que se encargan de realizar -- el estudio socio-económico y de acuerdo a los resultados le cobran al paciente; por ejemplo en el pabellón de gastroenterología se cobra como -- máximo \$ 500.00 y tiene derecho el paciente a ser internado, comer tres veces al día, a que le practiquen los análisis necesarios, llevar la dieta necesaria, Rayos X, medicamentos, intervención quirúrgica, restablecimiento post-operatorio y todo lo que sea necesario.

Como puede observarse el servicio que presta el Hospital General de la --

S.S.A. es muy importante sobre todo para las personas de escasos recursos económicos; generalmente los pacientes de esta institución carecen de empleo fijo, son en su mayoría campesinos, sirvientes, sastres o costureras, vendedores ambulantes, etc.

La S.S.A. también cuenta con lugares denominados "Centros de Salud" donde se prestan los servicios de consulta externa, con un costo mínimo, ya que para obtener el carnet de consulta pagan, los pacientes la cantidad de \$ 2.50.

Mediante el resultado de este trabajo trataré de responder algunas preguntas, tales como: ¿realmente son más agresivos este tipo de pacientes?, ¿es más frecuente en la mujer las enfermedades gastroenterológicas con componentes psicológicos?, ¿estos sujetos ulcerosos presentan más problemas que las personas ajenas a este tipo de padecimiento? ¿cuáles son las causas o problemas de estas personas?. Espero encontrar las respuestas y que de alguna forma sirva, este estudio, al psicólogo clínico para ayudar a los pacientes con esta problemática; en base en la detección, prevenir los problemas emocionales que pueden desencadenar las personas que tienen enfermedades gastroenterológicas como la úlcera, determinando su etiología, y nosología a fin de participar en el restablecimiento de su salud que evite recaídas posteriores.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVO DEL ESTUDIO

Al realizar esta investigación tratamos de encontrar una respuesta al problema que nos planteamos, en este caso, se trata de resolver las siguientes interrogantes: ¿se relaciona la variable sexo con la variable diagnóstico en el caso de los padecimientos de úlcera y hernia hiatal?, ¿existe diferencia significativa entre sexos, es decir en el hombre ulceroso los síntomas psicopatológicos se encuentran exacerbados o ésto es aplicable a la mujer ulcerosa, quién es más susceptible al padecimiento que nos ocupa?, ¿existe diferencia alguna entre los diagnósticos?.

El objetivo de esta investigación se plantea comparando un grupo de pacientes con trastornos gastroenterológicos, en este caso úlcera, contra un grupo de pacientes con un trastorno que no fué influído por componentes psicológicos por lo cual se elige la hernia hiatal.

La hernia hiatal es un padecimiento puramente orgánico ya que se debe a excesiva presión en el estómago como por ejemplo, la causada por un golpe muy fuerte o un gran esfuerzo físico, lo cual ocasiona que se abra el hiato y penetre una parte del estómago al tórax. La hernia hiatal sólo se produce mediante una postura determinada.

La sintomatología de la hernia hiatal se describe junto con el reflujo --esofágico, ya que están interrelacionados en forma compleja.

Los síntomas clásicos son:

ESOFAGITIS	}	Agruras
HERNIA HIATAL		Pirosis (sensación de quemadura retrosternal)
		Eructos
		Regurgitación de líquido amargo
		Tialismo (exceso de saliva)
		Sialorrea (escurrimiento de saliva)

Los síntomas se manifiestan con mayor intensidad después de la ingestión de los alimentos.

En relación con el tratamiento se observa que la mayoría de los pacientes responden sintomáticamente a medidas médicas, tales como:

- a) reducción de peso en obesos
- b) alimentos frecuentes y frugales
- c) administración abundante de álcali
- d) elevación de la cabecera de la cama en unos 15 cm., para el reposo nocturno y evitar la inclinación.
- e) en caso de encontrar anemia, suplemento de sulfato ferroso.

La úlcera gástrica fué común en la mayor parte de las zonas de Europa Occidental, especialmente en mujeres jóvenes, hasta el final del siglo XIX. Este padecimiento tiende a hallarse más a menudo en pacientes seniles y a esa edad sólo es un poco más frecuente en hombres que en mujeres; sin embargo este patrón no es constante; también tiende a ser más común en la gente con menor nivel cultural, que en aquellos individuos profesionales y con ocupaciones administrativas. (1)

Aunque se piensa que la alimentación y el consumo leve o moderado de alcohol tiene probable importancia en la aparición de la úlcera, no se ha podido comprobar, ya que no existe evidencia alguna de que la elevación en la frecuencia de la úlcera se deba a los factores antes mencionados. Sin embargo se ha podido observar, que las úlceras son más comunes en los fumadores que entre los que no fuman. Existe influencia familiar y genética en la frecuencia de las úlceras, sobre todo cuando se encuentra sangrado, es más común en individuos con grupo sanguíneo O (1). La úlcera también puede ser producida por drogas antirreumáticas como la fenilbutazona y los corticosteroides que exacerban los síntomas.

La úlcera consiste en una lesión en el estómago o en la parte superior del intestino delgado y esto sucede porque la capa mucosa que protege al estómago de las secreciones ácidas, ha sido perforada, provocando en el paciente, (esta es la sintomatología que presentaron los pacien-

tes de la muestra de este estudio:)

- ULCERA
- a) sensaciones de ardor
 - b) dolor a menudo relacionado con la ingestión de los alimentos
 - c) vómito con antiguos residuos alimentarios
 - d) anemia ocasional por insuficiencia de hierro
 - e) hemorragia y perforación más frecuente en el hombre que en la mujer

La úlcera es un padecimiento que es atendido por el médico y que actualmente el psicólogo clínico empieza a tener ingerencia, debido a que se han encontrado componentes psicopatológicos, por lo que el trabajo debe ser interdisciplinario para un mejor resultado en el tratamiento.

Es muy probable que las enfermedades gastroenterológicas y las alteraciones psicopatológicas que manifiestan estos pacientes se deban a que no son capaces de externar su agresividad, sus problemas, sus tensiones, las cuales al quedarse en el interior del paciente no encuentra otra salida, otra forma de manifestarse que haciendo enfermar al sujeto en sus órganos más sensibles, es decir, el individuo intenta descargar sus problemas psicológicos convirtiéndolos, inconscientemente, en enfermedades físicas.

Ya que existe material de tipo psicológico como son: las pruebas proyectivas, cuestionarios de personalidad, tests psicométricos, de organicidad, decidí apoyarme en una batería de este tipo de pruebas, para que mis observaciones y por lo tanto, también las conclusiones fueran objetivas.

La decisión por las pruebas psicológicas, para formar mi batería, la tomé, basándome en el tipo de individuos con el cual iba a trabajar; o sea que influyeron los factores de escolaridad, edad, nivel socio-económico. La batería de pruebas psicológicas también la elegí en función de lo que pretendía averiguar mediante el estudio.

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA PREVIA

LA MEDICINA PSICOSOMATICA. - Empezaremos por decir que los síntomas psicossomáticos se pueden manifestar en cualquier parte del cuerpo: piel, huesos, sistema genitourinario, GASTROINTESTINAL, respí^{ri}torio, etc., y que las enfermedades en cuestión se hacen francas -- cuando el peso del conflicto emocional no lo soporta el órgano o parte del cuerpo y el tejido es atacado y cede.

Delay (2) nos habla de cómo por iniciativa de Charcot se creó una sociedad de Psicología Fisiológica iniciándose desde entonces la Medicina Psi^{co}somática, ésto sucedió a finales del siglo pasado. En 1818 Heinroth introdujo el término "Psicosomático" con los casos de insomnio, actualmente se considera, este término, como sinónimo de los trastornos psi^{co}fisiológicos.

La medicina psicossomática: "ES LA APLICACION COORDINADA DE ME^{to}dos Y CONCEPTOS TANTO SOMATICOS COMO PSICOLOGICOS". El concepto psicossomático es la influencia mutua de los procesos fisiológicos y psicológicos ésto no es nuevo; lo más reciente relacionado con la medicina psicossomática es que ahora se puede hacer a un lado generalidades, tales como "el estado emocional de una persona puede tener una profunda influencia sobre el curso de cualquier enfermedad" y -- en su lugar queda un estudio preciso de las influencias psicológicas -- (Franz Alexander y Thomas S. Szasz). Este logro se debe a que tanto los procesos fisiológicos como psicológicos son estudiados con los mismos criterios científicos y naturalmente también se debe al mejora-- miento de los métodos.

Los procesos psicológicos son las funciones del más elevado centro integrador del sistema nervioso central, o sea que estas funciones se en^{ca}rgan de poner un estado homeostático en el organismo. En el fondo, los procesos psicológicos son similares a otros procesos del organismo, lo que los diferencia es que los primeros se perciben de manera muy -- subjetiva.

Los procesos psicológicos son estudiados por medio de técnicas psicológicas las cuales son muy diferentes a los métodos que se emplean en medicina. Debido a esto es que los dos tipos de enfoques chocan entre sí, pero las dificultades que se presentan se han ido superando, paulatinamente.

Uno de los principales pioneros de la medicina psicosomática fue George Groddeck, quien intentó interpretar exactamente igual los procesos somáticos y psíquicos como si estos fueran idénticos y no utilizó instrumentos conceptuales diferentes, los cuales son necesarios para una mejor comprensión y descripción de dichos procesos. De este pequeño error que Groddeck no logró reconocer es que se derivan interpretaciones psicoanalíticas extravagantes, por ejemplo: la fiebre de enfermedades infecciosas se solía interpretar como signo de excitación sexual, otro ejemplo sería que cuando había aumento del flujo sanguíneo en un órgano (por otra razón) se decía que era signo de erección desplazada. Esta confusión conceptual también la cometieron los llamados "organocistas", los cuales pretendían explicar las neurosis o la esquizofrenia por medio de alteraciones histológicas o bioquímicas.

Para estar a salvo de este tipo de confusiones, las investigaciones de la medicina psicosomática se realizan para encontrar "un sistema conceptual integrado" es decir, este es uno de los objetivos de dichas investigaciones. La orientación psicosomática que actualmente existe en medicina se basa principalmente en los conceptos u orientación fundamental de Freud, ya que él desde un principio enfocó la psicología desde un punto de vista biológico, pues Freud consideraba a los procesos psicológicos como funciones del organismo viviente, también decía que dichos procesos estaban expuestos a las mismas condiciones que las otras funciones corporales por ejemplo a la supervivencia y a la propagación. Esto, en la época de Freud vino a revolucionar los conceptos que se tenían en la psicología tradicional, que como se sabe se fundó en la filosofía y se decía desde los tiempos de Descartes que el mundo circundante solo se podía conocer por medio de los procesos psicológicos: observar, conocer y comprender por lo tanto, la introspección era la única manera de aproximarse a la vida psíquica. El enfoque biólogo que Freud le da a la psicología, se puede observar en su concepción del aparato -

mental, cuya principal función según Freud, es: conservar el equilibrio o estabilidad del organismo, satisfaciendo sus necesidades instintivas, pero, protegiéndolo de ciertos estímulos intensos que se encuentran en el exterior. Esta función del aparato mental se lleva a cabo mediante la percepción de las necesidades internas (instintos), la percepción de las condiciones que existen en el medio ambiente externo, (de estas condiciones va a depender que se satisfagan las necesidades instintivas o no) y la confrontación entre sí de los datos de estas percepciones, tanto internas como externas, a todo esto se le llama **FUNCION INTEGRADORA**. La confrontación de los datos que se lleva a cabo es mediante el razonamiento. Para Freud, las neurosis aparecen cuando alguna o todas estas funciones fallan y las tensiones de las necesidades instintivas no son descargadas adecuadamente es decir, mediante un comportamiento adecuado, entonces estas tensiones buscan otras salidas, las cuales no son muy eficaces para aliviarlas y solo logran disminuir un poco la tensión, provocando nuevos conflictos y por lo tanto nuevas tensiones emocionales que se van haciendo crónicas produciendo disfunciones o sean alteraciones en el sistema vegetativo, estas disfunciones son llamadas también respuestas crónicas y las alteraciones en el sistema vegetativo son denominadas trastornos funcionales por ejemplo: la diarrea, las neurosis cardíaca, etc. Para poder comprender estas somatizaciones se requiere el empleo de los métodos tanto psicológicos como fisiológicos en forma coordinada.

Un ejemplo de estas somatizaciones se encuentran en los primeros estudios de Breuer y Freud, los cuales se refieren principalmente a los síntomas de conversión histérica los cuales consisten en los desórdenes en que aparecen fenómenos somáticos dirigidos al sistema osteomuscular y sensorial como la parálisis, contracturas y perturbaciones sensoriales (ceguera, sordera), estas somatizaciones son debidas a las represiones que no encuentran salida en el comportamiento motor y son llevadas a cabo por medio de procesos mentales inconscientes. Los síntomas de conversión histérica son aportaciones del psicoanálisis a la medicina psicosomática, así como la histeria de angustia, la neurosis obsesivo-compulsivo, desórdenes sexuales y de conducta y las depresiones. Los psicoanalistas Abraham y Ferenczi también contribuyeron con datos, de los que se sirvió la medicina psicosomática, y conti-

núa haciéndolo. El primero para explicar algunos desórdenes sobre el tractogastrointestinal aplicó sus conceptos acerca de las etapas oral y anal del desarrollo de la libido. Abraham describe las actitudes emocionales que se llevan a cabo en el niño normal durante su desarrollo -- mientras sucede la ingestión de alimentos y el acto de defecar. Para que Abraham desarrollara esta idea se basó en la etapa anal de la teoría de las etapas psicosexuales del desarrollo, que fuera realizada por Freud, quien consideraba que la primera actitud del infante hacia sus heces era "coprofilica", o sea que para el infante sus heces forman -- parte de su propio cuerpo, es algo valioso, solo que durante el aprendizaje de los hábitos de limpieza, el niño adquiere la costumbre de desear sus heces, de deshacerse de ellas solamente por complacer a sus padres y más tarde desarrolla una Formación Reactiva contra su actitud tan primitiva y le repugna sus heces, esta Formación Reactiva es llevada a cabo por la actitud de represión ante las funciones intestinales. Así es como quedó asociada la evacuación de los intestinos con los impulsos sádicos hostiles. Algunos pacientes neuróticos con tensión -- emocional pueden regresar a la primera actitud del infante y esto causa trastornos gastrointestinales en la vida del adulto.

Ferenczi se interesó también en la expresión de las emociones en el interior del organismo, como sus implicaciones psicológicas acerca de los procesos fisiológicos (crecimiento y propagación). Posteriormente French y Alexander desarrollaron su discriminación (de Ferenczi) entre las funciones eróticas y utilitarias de los procesos fisiológicos diferentes. Ferenczi también utilizó el concepto de "Regresión Narcisista" para los pacientes que sufrían un trauma por algún órgano afectado, -- lo cual originaba (según este autor) una preocupación autoerótica por el órgano afectado; también trató sobre la adaptación de la personalidad a sus defectos orgánicos.

PATOLOGIA PSICOSOMÁTICA. -- No se puede limitar el campo de la patología psicosomática, o es muy difícil de hacerlo ya que no se puede -- excluir de ella las enfermedades orgánicas porque generalmente se encuentran en ellas factores psíquicos. Halliday (3) establece una lista de enfermedades psicosomáticas que se localizan en los sistemas:

- a) Gastrointestinal
- b) Cardiovascular
- c) Respiratorio
- d) Genitourinario
- e) Endocrino
- f) Nervioso
- g) Sangre
- h) Piel
- i) Ojos

En esta lista, Halliday también incluyó las enfermedades con gran determinismo somático porque demuestra que el punto de vista psicológico - que se aplica a estas enfermedades ayuda a aportar más datos que enriquecen los conocimientos etiológicos de las mismas (las enfermedades) y por lo tanto, pertenecen también a la patología psicosomática.

RASGOS DE PERSONALIDAD EN ULCEROSOS. - López Ibor (3), nos -- ofrece un esquema en el que nos explica los rasgos de personalidad en los pacientes que padecen diferentes enfermedades. Entre éstas se encuentra la úlcera. En los individuos que sufren de úlcera gástrica, - los rasgos de su personalidad fueron: tensión, angustia manifiesta, - elevado nivel de vida, independientes y dispendiosos.

ULCERA (4). - Actualmente es del conocimiento de personas ajenas a - la medicina que los trastornos gastrointestinales se deben frecuente-- mente a: preocupaciones, malos negocios, disputas familiares, en fin a situaciones conflictivas que afectan emocionalmente al sujeto. El -- síndrome ulceroso es el estado psicosomático más frecuente actualmen-- te. En Europa Occidental ha habido un cambio, antes la úlcera predomi-- naba entre las mujeres, actualmente la mayoría de ulcerosos se en-- cuentra entre los hombres, no se ha encontrado una razón a este cam-- bio de frecuencia respecto al sexo. La úlcera también la padecen los -- niños. Este padecimiento se presenta con más frecuencia en sujetos - que padecen depresión, alcoholismo y también, aunque es raro, en es-- quizofrénicos.

Saul, considera la úlcera como una reacción transitoria aguda ante un stress poco habitual.

La úlcera también se presenta en individuos muy dependientes, tanto que no llegan a satisfacerse, o en individuos que no son capaces de responder a las exigencias habituales de la vida y se frustran. Este tipo de personas tienen una personalidad esencialmente infantil. Varios psiquiatras, entre ellos Alexander, afirman que la situación conflictiva influye mucho en la reacción psicofisiológica de la úlcera péptica. Se ha descrito a las personas ulcerosas como muy responsables, autosuficientes, independientes, pero esta descripción no va de acuerdo con todos los ulcerosos porque los hay que son francamente irresponsables, dependientes e inactivos. La úlcera se produce sólo en los individuos que además de presentar hipersecreción presentan también el conflicto psicodinámico; en las mujeres se ha encontrado que la aparición de estos síntomas están relacionados con intervenciones quirúrgicas u otros incidentes que amenazan su funcionamiento sexual; estas amenazas muchas veces suelen ser producto de las fantasías de la enferma.

La úlcera es una enfermedad cíclica. Las técnicas psicoterapéuticas que se han aplicado a numerosos ulcerosos han encontrado que tienen o sufren debido a necesidades afectivas regresivas y éstas son expresadas mediante rasgos opuestos, esto quiere decir que se muestran agresivos, independientes, activos, etc., cuando lo que realmente sienten es una tendencia a la pasividad (formación reactiva); entonces se presenta el conflicto, el cual se manifiesta a través del padecimiento que nos ocupa. Según Kraines existe una relación sustitutiva o una suplencia entre úlcera gástrica y depresión endógena.

PSICOTERAPIA (4). - Desde el punto de vista terapéutico son pocos los éxitos en el tratamiento con medicamentos de estos pacientes. Se recomienda que el médico satisfaga directa o indirectamente las necesidades de dependencia del sujeto, necesidades que se encuentran reprimidas. Esta satisfacción no debe producir en el paciente: vergüenza, sentimiento de culpa, o resistencia. Esto se puede lograr manejando el ambiente del enfermo, lo cual se puede llevar a cabo, haciendo que és

te tome unas vacaciones, procurando el apoyo de la o las figuras claves en el ambiente del sujeto en terapia; para tener ingerencia, influencia en el ambiente del individuo se deben reforzar las relaciones enfermo-terapeuta. También puede utilizarse el psicoanálisis con mucho cuidado, aunque no se ha reportado que tenga más éxito este tratamiento que el que reporta la terapia con fármacos.

En los individuos con personalidad infantil que solicitan el tratamiento psiquiátrico se puede producir una grave depresión, o una reacción de la personalidad más inquietante que la primera reacción que tuvo y lo llevó a buscar ayuda profesional.

En cuanto el médico recomienda reposo al ulceroso y lo somete a un régimen de alimentación, el paciente demuestra una modificación en su comportamiento y ésto deja al descubierto la pasividad del enfermo.

Blaise Pascal (5), tocó el tema de la ansiedad y se apoyaba en su frase "el corazón tiene razones que la razón no comprende" y también sostenía que el hombre vive su vida en constante inquietud. En los siglos XVII y XVIII existía la teoría de que el hombre que perseguía la razón individual no tenía por qué sentirse solo, aislado ni ansioso y basándose en dicha teoría los hombres encontraban mayor apoyo psicológico en su sociedad y más aún en la religión y en la educación. La creencia que existía en el siglo XVII acerca del control racional de las emociones, se transformó en la represión de las emociones y ésto se hizo hábito, lo que vino a provocar traumas internos y por lo tanto la consecuencia fué la ansiedad que actualmente existe en muchos individuos. Kierkegaard afirmaba que: "en la misma proporción en que la calidad de las evidencias aumenta, la certidumbre parece disminuir". Al disminuir la certidumbre es que se produce la angustia, la inquietud y según Kierkegaard la certidumbre era cualidad interna a la cual solo tenía acceso el hombre que podía sentir, pensar y actuar como una unidad psicológica y ética. Kierkegaard intentaba superar la dicotomía razón y emoción, haciendo que el individuo se percatara de la realidad de su experiencia inmediata, la cual era a la vez subjetiva y objetiva. Para este autor la ansiedad es producto de la libertad y por eso la consideraba "normal" y no "neurótica", ya que la libertad signi-

fica expansión del autonocimiento y capacidad para entablar relaciones adecuadas con las personas que lo rodean. El que una persona haga uso de su libertad siempre tendrá en su ser una ansiedad potencial.

La ansiedad es normal mientras que durante el uso de la libertad avanzamos, buscando el sentimiento de sí mismo y dejando atrás lo familiar, lo seguro; en esta búsqueda se presentan conflictos, como la soledad, la misma ansiedad, etc.; si por temor a los conflictos preferimos quedarnos en lo familiar, lo seguro y no aventurarnos, entonces la ansiedad potencial que Kierkegaard considera normal, se convertirá en ansiedad neurótica, ya que el individuo tiene miedo a la libertad y por lo tanto a las experiencias nuevas y se encontrará bloqueado, no entablará comunicación con sus semejantes. La ansiedad neurótica se inicia cuando los valores están en contradicción, en peligro y el individuo reprime su ansiedad a pesar de que se dice libre. Los valores en el individuo son muy importantes, ya que es lo que lo distingue de los animales -- irracionales. El valor de un individuo puede ser cualquier cosa que él juzgue esencial para su existencia (la vida, patriotismo, verdad científica, creencia religiosa, el amor de una persona en particular, etc., etc.). Las amenazas que ponen en peligro los valores son muchas, pero lo más común y frecuente es la muerte, sin embargo, hay personas que prefieren morir a renunciar a lo que ellas consideran su valor. -- El origen de los valores cuya seguridad depende de las cualidades del individuo y que al verse amenazados provocan ansiedad, proviene desde edad temprana (lactantes).

Es normal que cualquier valor que identifique la existencia del individuo se vea amenazado, ya que ninguno es inexpugnable, además, que los valores constantemente se están renovando. Esto produce ansiedad "normal", o sea, que no implica represión y se puede solucionar a nivel consciente. La ansiedad neurótica sería cuando la ansiedad es desproporcionada a la magnitud de la amenaza, además que aquí sí existe la represión y otros conflictos psicológicos.

TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD. - Uno de los objetivos de la psicoterapia es ayudar al individuo a liberarse de la ansiedad neurótica, para que se pueda enfrentar más constructivamente a la ansiedad normal.

No se recomienda los fármacos para calmar la ansiedad, ya que evitaría la transformación de los valores. Otro objetivo de la psicoterapia es: enseñar al paciente a que sus valores sean firmes y flexibles, porque así se facilita el adecuado manejo de la ansiedad.

Con lo anterior, no se quiere decir que el terapeuta le proporcione al individuo valores ya elaborados, ni que el paciente adquiera los valores del terapeuta; sino que se debe ayudar al sujeto a que descubra sus propios valores.

Para Freud la neurosis es el resultado de un conflicto entre el "yo" y el "ello", estando el primero al servicio del "super yo", esta situación se presenta en todas las neurosis de transferencia. El "yo" se encuentra dominado por el medio ambiente exterior mediante dos formas: por estímulos que el "yo" recibe continuamente en el presente; y por las percepciones anteriores que guarda en su memoria y que es lo que constituye su mundo interno.

Hay sujetos que a una enfermedad orgánica, superponen una neurosis secundaria, o a la inversa; a una neurosis primaria superponen en segundo lugar una enfermedad crónica. Una persona que durante años ha sufrido estados angustiosos, a la larga presenta una reacción psicofisiológica, en especial el que es atacado por esta reacción es el corazón, presentando realmente ciertas modificaciones patológicas, pero es más la alarma del sujeto (debido a la neurosis) que lo que en verdad se encuentra afectado el órgano. Por el contrario a estas personas, existen pacientes cuya enfermedad orgánica es verdaderamente grave y sin embargo son capaces de adaptarse adecuadamente a su enfermedad lo que quiere decir que la acepta y se "acomoda" psíquicamente a la gravedad de ésta, con menos trastornos que el neurótico.

Durante las entrevistas, con el paciente, es posible extraer conclusiones diagnósticas muy importantes con solo observar o considerar de qué manera el paciente expone sus padecimientos y qué actitud adopta frente a su mal.

Entre las enfermedades psiconeuróticas existen algunas muy graves que atacan al sistema nervioso central, por ejemplo: trastornos senso-

riales (ceguera, sordera, etc.), parálisis de miembros enteros, anestesia de la mitad del cuerpo, etc. Este tipo de enfermedades psiconeuróticas ayudan a que se dé un diagnóstico equivocado, que se confundan las enfermedades orgánicas graves del sistema nervioso central con las "grandes histerias" de Charcot, esta confusión solo puede evitarse con una exploración minuciosa a nivel neurológico.

La neurosis ha sido definida como: "enfermedades nerviosas sin patología orgánica", pero esta definición es inapropiada ya que con los nuevos métodos y conocimientos histopatológicos y fisiológicos se ha descubierto que algunas enfermedades que se encontraban entre las neurosis no tenían por qué estar incluidas aquí, ya que sí tienen bases orgánicas como por ejemplo: corea menor, el mal de Parkinson, epilepsia, etc. Para diagnosticar las neurosis, debemos observar ciertas características, que distinguen claramente las neurosis de las demás enfermedades orgánicas. Estas características son: en las neurosis se trata siempre y sin excepción de TRASTORNOS PRIMARIOS DE LA VIDA INSTINTIVA, PULSIONAL Y AFECTIVA. El área instintivo-afectiva puede ser afectada por alguna enfermedad orgánica por ejemplo: la esclerosis coronaria en donde puede presentarse una angustia muy intensa, pero se diferencia porque en la esclerosis u otra enfermedad orgánica que afecte esta esfera (instintivo-afectiva), la angustia es consecuencia secundaria de los procesos patológicos orgánicos y en la neurosis la angustia es algo "primario" que después afecta algún órgano debido a descarga de la excitación psíquica. (6)

TRASTORNOS DE CONVERSION

HISTORIA.- Antiguamente los griegos atribuían que la histeria era provocada por movimientos anormales del útero por lo que solo era común en la mujer, la cual presentaba peculiares sensaciones y movimientos involuntarios. En la Edad Media se creía que la histeria se debía a influencia de espíritus demoníacos; pero durante el siglo XVI - Lepois sugiere que los trastornos, de la histeria, se debían a lesiones cerebrales y debido a ésto podía manifestarse tanto en el hombre como en la mujer; sin embargo en los tres siglos siguientes no se descubrió ninguna evidencia de lesión patológica, por lo que se siguió creyendo que la histeria era un trastorno exclusivo de la mujer. El cambio radi

cal a este pensamiento se produjo durante el siglo XIX y se debió a los trabajos realizados por Charcot, Janet, Breuer y Freud.

La psiconeurosis (6), también llamada Neurosis de Conversión o según Freud, Neurosis de Transferencia, se debe a "trastornos afectivos primarios basados en un conflicto instintivo inconsciente". Aquí hay trastornos tanto viscerales como trastornos funcionales del sistema nervioso - animal (cerebroespinal). Este tipo de neurosis se diferencia de las neurosis actuales porque en las psiconeurosis los trastornos son provocados primariamente por una perturbación psíquica y NO fisiológica. En las psiconeurosis existen tres formas fundamentales, según los estudios de Freud:

- a) histeria o reacciones histéricas
- b) la fobia y
- c) la neurosis obsesiva.

Existen tres teorías orgánicas, de la neurosis, distintas (6), que se complementan recíprocamente en unos cuantos puntos esenciales. Estas teorías son: Teoría Neurobioquímica (vegetativo-endocrino), Teoría Neuropatológica (extrapiramidal), y Teoría Reflexológica de la Neurosis. Todas las teorías parten del hecho de que las hormonas (productos químicos de secreción de las glándulas endocrinas) ejercen una acción, ya sea excitante o inhibidora sobre el Sistema Nervioso en especial sobre el vegetativo y de que esta acción se extiende a la vida pulsional afectiva, o sea a las funciones biológicas que durante o en la neurosis se ven afectadas.

Como el desencadenamiento primario de los instintos, se hace en su mayor parte por medio de las hormonas, cuando la carencia de hormonas específicas es casi permanente, provoca la ausencia del desencadenamiento de los instintos en forma constante, además, dicha carencia de las hormonas determina que la morfogénesis de los órganos que llevan a cabo la ejecución de los instintos queden a nivel embrional para siempre. De aquí se pasó a reducir los trastornos instintivos neuróticos a trastornos primarios de la secreción interna y de los procesos patológicos conexos en la esfera del aparato protector auxiliar del cerebro. El factor patológico primario en la neurosis actual no es psicógeno, sino somatógeno, lo que quiere decir que son trastornos funcionales tóxicos

dentro de determinados sectores del Sistema Nervioso Vegetativo, estos trastornos se manifiestan rápidamente en los órganos efectores afectados: estómago, intestino, corazón, etc., aunque en ocasiones también se pueden manifestar en la propia psique.

La primera teoría psicológica sobre la formación del síntoma histérico - se debe a Freud y sostiene que el síntoma representaba emociones reprimidas, engendradas por un incidente traumático, que no pudieron ser descargadas en el momento de producirse el trauma. Estas emociones y los pensamientos asociados se vieron "condenados" porque eran moralmente inaceptables para la conciencia del paciente. Desconectando estas emociones y pensamiento de la corriente de la conciencia, la persona evitaba el dolor de reconocer su carácter adverso o inmoral, Pero a través de la acción de diversos mecanismos intrapsíquicos, estas emociones y pensamientos pudieron exteriorizarse mediante algún disfraz. Las fobias eran un resultado; la energía emocional se vió apartada de -- su fuente o idea original y desplazada a algún acontecimiento u objeto externo e inocuo. En la histeria la energía afectiva se desplazaba, convertía y descargaba a través de un síntoma corporal; el síntoma histérico, aunque con una significación psíquica bastante oscura, canalizaba elementos de los inaceptables pensamientos o impulsos originales. Para Freud eran "una representación de una idea reprimida y prohibida". -- Posteriormente Freud modificó un poco su teoría sustituyendo el papel principal de ésta, que era representado por los episodios traumáticos, - los sustituyó por el concepto de afecto sexual reprimido hacia el progenitor del sexo opuesto (complejo de Edipo). La base original de su teoría de los trastornos de conversión no sufrió cambio alguno; solo hubo una ampliación significativa y fue el concepto de ganancia secundaria con el cual explica el por qué los síntomas seguían presente, a pesar de que - las emociones reprimidas hubiesen sido liberadas. Este punto se señala en la siguiente descripción de este síndrome que da el Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III), de la American Psychiatric Association, - al referirse a la neurosis histérica, tipo de conversión como sigue: "Afecta a sentidos específicos o al sistema nervioso voluntario provocando síntomas tales como ceguera, sordera, parálisis, anestias. El paciente muestra a menudo una inadecuada despreocupación o una Belle Indifférence acerca de estos síntomas que pueden provocar en la práctica ganancias secundarias atrayéndole simpatías o relevándole de desa--

gradables responsabilidades".

Los síntomas más frecuentes y por lo tanto las partes y funciones del cuerpo que más se utilizan como foco del desplazamiento de la conversión son: a) pérdida del habla; b) parálisis musculares; c) anestias táctiles; d) trastornos de la visión; e) trastornos de la audición; f) espasmos o tics motores. Todas estas dolencias corporales no tienen una base física auténtica. El objetivo principal de la maniobra de conversión es que el sujeto quede libre de su tensión aceptando su impotencia, lo que logra relativamente a pesar de que hay una disminución de sus funciones corporales, lo cual puede proporcionarle también ciertas simpatías sociales y dar expresión a unos sentimientos de culpabilidad con los que se castiga a sí mismo. Aunque no es característico de los casos de conversión algunas veces se encuentran individuos con una despreocupación inadecuada, también llamada "belle indifference", con respecto a sus síntomas corporales, esta actitud se debe a que los enfermos tienen serias dudas de cómo reaccionarán los demás ante su enfermedad. Esta despreocupación se da en las personalidades pasivoambivalentes y activorretraídas: el primer tipo de personalidad consiste en una estrategia de enfrentamiento básica caracterizada por conducta rígida, conformidad social y represión de los sentimientos y pensamientos contradictorios; el segundo tipo se caracteriza por la evitación de las relaciones sociales y por sentimiento de autoenajenamiento.

Lo que sí es característico de las neurosis de conversión es que los individuos manifiesten abiertamente el abatimiento que siente por su trastorno lo que se encuentra fácil en las personalidades activodependientes o sea, las personas que característicamente intentan atraerse la atención de los demás.

En los últimos 50 años en Estados Unidos, se dice que ha disminuído el número de casos de conversión (7), pero según las investigaciones de Stephens y Kamp (1962), demuestran que no ha variado el número de estos casos; la primera afirmación puede deberse a cambios en los diagnósticos clínicos por ejemplo, los denominados trastornos psicofisiológicos, a diferentes orientaciones teóricas de los psicopatólogos o a que los pacientes expresan de manera diferente sus tensiones.

De acuerdo a los estudios realizados por Guze y Perley en 1963 la conversión es un síndrome de la mujer, a pesar de que muchos soldados la sufrieron durante la primera Guerra Mundial y actualmente también la padecen algunos hombres. Esta frecuencia en las mujeres se debe más -- que a las diferencias intrínsecas entre el hombre y la mujer, al mayor porcentaje de mujeres en las que se desarrollan personalidades depen--dientes.

Los acontecimientos que desencadenan la conversión no son diferentes a los de los síndromes neuróticos, la diferencia radica en la estrategia que el sujeto utiliza para enfrentarse a su angustia. Dicha estrategia - depende de las experiencias y aprendizajes que han conformado el patrón de personalidad del individuo el cual puede ser como sigue:

a) En las PERSONALIDADES PASIVO-DEPENDIENTE (sumisas y cicloi--des), se puede deber, las conversiones, al intento por controlar los im--pulsos prohibidos, o también puede deberse a que los sujetos tratan de evitar responsabilidades onerosas, obtener ganancias secundarias como la simpatía, el apoyo, atención y cuidados de las personas que los ro--dean. Por otro lado, existe la probabilidad de que las conversiones exis--tan en este tipo de personalidad debido al autocastigo por los sentimien--tos de culpabilidad e ineptitud. Sin embargo estos sujetos suelen ser --no muy duros consigo mismos por lo tanto, sus síntomas de conversión son anestias sensoriales leves y generalmente los afectados son los -miembros y obviamente su "incapacidad" queda a la vista.

b) En los individuos con PERSONALIDAD ACTIVO-DEPENDIENTE (gre--garias y cicloides) los síntomas de conversión son espectaculares atra--yendo de esta manera la atención hacia sí mismo ya que exageran sus gesticulaciones y pantomimas porque los síntomas comunes son la mu--dez y las laringitis persistentes, de esta manera no expresan sus pensa--mientos hostiles y eróticos que podrían provocar la reprobación social.

c) Las PERSONALIDADES PASIVO-AMBIVALENTES (conformistas y ci--cloides) llegan a los síntomas de conversión para contener la emergen--cia de los impulsos hostiles o de otros impulsos prohibidos. Debido a --que estos sujetos con personalidad pasivo-ambivalente poseen una ima--gen de autosuficientes, los síntomas de conversión representan para --

ellos una "desgracia" que los inutiliza "temporalmente", lo que favorece su versión de que su enfermedad tiene un origen físico y con ésto si guen obteniendo la ganancia secundaria muy importante para ellos, la de la dependencia y sostén. A pesar de que estos pacientes aparentan no darle importancia a sus síntomas, éstos tienden a ser bastante graves para ocultar lo que obtienen mediante estos síntomas, los cuales son: mudez total, ceguera, parálisis total de los dos miembros inferiores. La gravedad de los síntomas de conversión "prueban" el origen físico de la enfermedad y también representa para el paciente un autocastigo por albergar sentimientos de culpabilidad.

d) Los sujetos con PERSONALIDADES ACTIVO-RETRAIDAS (evasivas y esquizoides) muestran una gran gama de síntomas de conversión como son los tics, anestias sensoriales generalizadas, parálisis motoras o la pérdida total visual o auditiva, Como el paciente evita situaciones -- que les puedan provocar tensiones, estos síntomas no son frecuentes y se presentan solo cuando el individuo no puede evitar las censuras o -- las exigencias sociales. Estos síntomas aparecen para contener los impulsos de contrahostilidad. Los síntomas de conversión muestran una estrategia de evitación por ejemplo, eliminando las formas de conoci-- miento sensorial evitan ver y oír las burlas de los demás. Las perturbaciones en las funciones corporales pueden representar la condensación y desplazamiento de ansiedades de despersonalización. Los síntomas de conversión también pueden deberse a que el sujeto se autorre-- pudia porque se considera como objeto de burla y desprecio; desconec-- tando una parte de sí mismo simbolizan su deseo de renunciar a su -- cuerpo.

e) En las PERSONALIDADES ACTIVO-AMBIVALENTES (negativistas y cicloides) se expresan los sentimientos en una forma explícita y directa, por lo tanto, cuando existen tensiones rara vez las disimulan. Los síntomas de conversión en estas personalidades pueden manifestarse por -- medio de tics faciales, espasmos intestinales pasajeros, o laringitis, estos síntomas son fugaces ya que intentan controlar una cólera intensa que más tarde dan lugar a un síntoma más explícito. Muchos pacientes utilizan sus dolencias físicas como instrumentos de manipulación de -- los demás, ya que las constantes lamentaciones por dolores corporales atraen la atención de los demás y les crean sentimientos de culpabilidad.

TRASTORNOS HIPOCONDRIACOS

La hipocondría se parece a los trastornos psicofisiológicos en que en -- ambos casos el paciente presenta malestares corporales; pero existe una diferencia entre ambos la cual es que los trastornos psicofisiológicos tienen un trastorno biológico demostrable del cual puede decirse que proviene el malestar corporal. La sintomatología de los trastornos psicofisiológicos se derivan del fracaso por intentar descargar tensiones hostiles, en cambio en los hipocondríacos la sintomatología viene a ser un modo de descargar estas mismas tensiones. Es esta descarga la que hace que los hipocondríacos se aproximen al grupo de los sociopatas ya que ambos exteriorizan la cólera y la tensión en forma de quejas explícitas, sin embargo los sociopatas son más directos al expresar su cólera, tensiones, porque no les interesa el rechazo social en cambio los hipocondríacos reprimen una parte de sus emociones, transformándolas en dolencias corporales, de esta manera vuelven contra sí mismos su cólera evitando la condena de la sociedad.

Según lo anterior los trastornos hipocondríacos recopilan dos síndromes separados (DSM-II) que son la Neurosis Hipocondríaca y la Neurosis Neurasténica. En la primera predomina la preocupación por el cuerpo y el temor a padecer enfermedades; la segunda se caracteriza por quejas de debilidad crónica, fácil fatigabilidad.

Para el autor Millon los síntomas hipocondríacos y neurástenicos son dos facetas de un mismo síndrome; en uno el paciente se queja de dolencias corporales específicos, mientras que en la otra faceta, la neurasténica, el cansancio corporal es generalizado.

HISTORIA.- El primero en utilizar el término "Neurastenia" y dar una teoría específica para explicarlo fue George Miller Beard a mediados del siglo XIX. Beard utilizaba este término para designar a los pacientes -- que presentaban agotamiento nervioso; esta teoría se basaba en que las células nerviosas pueden gastarse y agotarse por exceso de trabajo o por falta de descanso psíquico. En un principio Freud apoyó esta teoría de Beard, pero, después expuso la hipótesis de que el problema no radicaba en el agotamiento de la energía natural sino que en el exceso de la --

energía sexual que se acumula por no ser adecuadamente canalizadas e integró la neurastenia en el síndrome denominado "NEUROSIS ACTUALES" y también incluía la neurosis de ansiedad y la hipocondría ya que consideraba a estos tres síndromes como el resultado de energías fisiológicas reprimidas. Las neurosis actuales fueron comparadas con las Psiconeurosis que se origina en un trauma psicogénico cuyas tensiones, mediante la acción de mecanismos intrapsíquicos eran transformadas y descargadas. Freud afirmaba que los factores psicogénicos podían representar un papel en las neurosis actuales, así como en las psiconeurosis; pero seguía considerando las neurosis actuales como el resultado de energías sexuales acumuladas y agregó a su teoría el hecho de que este acumulamiento podía ser fuente de irritación focal que podía servir de base a síntomas psiconeuróticos asociados. Expuso que la neurastenia podía servir como base somática de un retraimiento psiconeurótico social y sexual. Como consideraba a la hipocondría como una mezcla de ansiedad y neurastenia afirmaba que las energías sexuales eran alejadas del objeto exterior normal y por lo tanto, esta energía se centraba en una parte narcisísticamente valorada del cuerpo del mismo sujeto. Actualmente el concepto de los síndromes hipocondríacos y neurástenico se basan más en sus raíces interpersonales y funciones de enfrentamiento y menos en componentes energéticos.

Las molestias que provocan los trastornos hipocondríacos y neurástenicos son muy variadas y se combinan casi siempre con trastornos neuróticos y psicofisiológicos. Puede presentarse: prolongados períodos de cansancio y agotamiento, sensaciones físicas indistinguibles, insomnio persistente, estado de irritabilidad difusa y dolores en diferentes zonas del cuerpo no conectadas directamente. Estos pacientes perciben su vida un modo abrumado y monótono y están muy atentos a cualquier cambio que pueda producirse en el funcionamiento de su cuerpo. Pueden existir pacientes que aunque se encuentran preocupados por sus dolores y penas son capaces de llevar a cabo alguna actividad en su vida cotidiana y la realizan con gran vigor, esto sucede en los casos hipocondríacos sin neurastenia. Y por el contrario existen pacientes que se agotan muy fácil y son incapaces de realizar las tareas cotidianas, cuando no existen malestares corporales se puede hablar de neurastenia sin hipocondría.

El principal objetivo de la estrategia hipocondríaca es lograr la seguridad del paciente desde cualquier punto de vista: que lo van a apoyar, lo van a querer, le van a poner atención. Con esta "enfermedad" el paciente logra "olvidar" que en realidad no le ponen atención, que los demás no muestran interés por él, y también obtiene otra ganancia, con estas dolencias, que es: hacer que los demás se sientan culpables por el desinterés hacia él, también puede representar un autocastigo el cual está disfrazado de agotamiento y dolencias físicas. Claro que todo este mecanismo es a nivel inconsciente. Las ganancias secundarias de las estrategias de enfrentamiento también tienen un papel muy importante por ejemplo, con las dolencias físicas el sujeto puede evadir responsabilidades que para él representen un peligro en su vida cotidiana, puede representar también una racionalización de sus ineptitudes; los objetivos que prevalezcan van a depender de la personalidad básica del individuo, las cuales pueden ser, como se citó anteriormente: activo-ambivalente, pasivo-dependiente, pasivo-ambivalente, activo-dependiente, activo-retraída.

TRASTORNOS PSICOFISIOLOGICOS

Los sistemas cardiovascular, genitourinario, gastrointestinal respiratorio, etc., realizan, sin darnos cuenta generalmente, las funciones necesarias para la supervivencia de nuestro organismo y cuando nos enfrentamos a una amenaza, estos sistemas se reactivan rápidamente y regulan la energía para que el organismo haga frente al peligro eficazmente. Cuando el temor o la cólera persisten y la tensión se reprime, no es descargada, puede provocar lesiones permanentes en órganos o tejidos debido a las energías fisiológicas no liberadas, o sea que se altera el estado biológico, a esta circunstancia se le denomina "trastornos psicofisiológicos". Esto quiere decir que cuando se ve alterado el equilibrio homeostático se pueden desencadenar enfermedades orgánicas -- irreversibles tales como la úlcera, la hipertensión y el asma. Los trastornos psicofisiológicos tienen características comunes a los trastornos neuróticos y es frecuente que coexistan en el mismo paciente, otra semejanza entre estos dos trastornos es que ambos tienen los mismos patrones de personalidad, pero el trastorno psicofisiológico es dominante en los tipos de personalidad activo-ambivalente y pasivo-ambivalente.

La diferencia entre los trastornos psicofisiológicos y los trastornos neuróticos es que los primeros no son representación simbólica de los problemas intrapsíquicos del paciente, sino que representan el fracaso al intentar descargar las tensiones provocadas por los problemas del individuo, lo que quiere decir que el paciente psicofisiológico no es capaz de evitar situaciones provocadoras de stress, ni es capaz de eliminar su angustia, por lo tanto, acumula tensiones psíquicas hasta que alguno de sus órganos se ve seriamente afectado.

Los trastornos psicofisiológicos se parecen a los trastornos de ansiedad en que los pacientes con cualquiera de estos trastornos no son capaces de evitar las tensiones emocionales. Pero el ansioso está consciente de su tensión y elimina la energía fisiológica por medio de la hiperactividad.

Entre los trastornos psicofisiológicos y los trastornos psicóticos no hay semejanza alguna; en primer lugar en los segundos, los pacientes casi nunca presentan trastornos psicofisiológicos, además los psicóticos expresan abierta y libremente sus sentimientos, en cambio los pacientes psicofisiológicos presentan excesivo control e interiorización de sus emociones.

Entre los trastornos sociopáticos y los trastornos psicofisiológicos tampoco hay semejanza ya que difieren por las mismas razones que los trastornos psicóticos.

Dentro de los sistemas afectados con trastornos psicofisiológicos se encuentra el GASTROINTESTINAL siendo el padecimiento más frecuente - la úlcera, otras enfermedades que se les atribuye componentes psicológicos, es la colitis, que consiste en la inflamación del colon y va acompañada de diarrea y de fuertes espasmos; la hipertensión esencialmente y la migraña son enfermedades del sistema cardiovascular, la primera consiste en una elevación crónica de la presión sanguínea, sin causa orgánica, y que afecta a la circulación y a los riñones; la segunda es un dolor de cabeza que dura varias horas y se deriva de espasmos arteriales, generalmente se acompaña de náuseas y otras alteraciones gastrointestinales; el asma bronquial que es una enfermedad del sistema -

respiratorio; la piel es otro sistema que presenta trastornos psicofisiológicos.

"ALGUNOS FACTORES HIPOTETICOS QUE ESTAN EN CORRELACION CON EL TRASTORNO PSICOFISIOLOGICO ULCERA; CAUSAS PSICOGENAS - CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD Y OBJETIVOS DE ENFRENTAMIENTO (7)".

ULCERA: El paciente experimenta privación de las necesidades de dependencia; es resentido; reprime la cólera; no puede expresar su hostilidad o buscar de manera activa la seguridad de la dependencia; es característica de los tipos "emprendedores", autosuficientes y responsables que compensan sus deseos de dependencia; tienen un intenso deseo regresivo de ser confortados y alimentados; los sentimientos vindicativos son reprimidos y se mantienen inconscientes.

CONCEPTOS PSICOANALITICOS. - Actualmente el concepto de trastorno psicofisiológico se centra en dos nociones que dió Freud: el concepto de neurosis actuales en las que incluye los trastornos hipocondríacos, la neurastenia y las ansiedades a las que consideraba consecuencia del fracaso por intentar descargar instintos fisiológicos sexuales. Algunos alumnos de Freud utilizaron el término de "Organoneurosis" para explicar síntomas psicósomáticos, los cuales representaban, por medio de un lenguaje corporal el carácter de los conflictos intrapsíquicos reprimidos del paciente. Por ejemplo: Ferenczi en 1926 consideró que la diarrea es una forma agresiva de darle a los demás un sustituto o reemplazo de lo que debiera ser una actividad normal; y Garma en 1950 formuló que la úlcera simbolizaba un ataque a la madre hostil que el paciente había introyectado.

TEORIA DE DUNBAR. - En 1935 Flanders Dunbar, después de una serie de investigaciones acerca de las enfermedades psicósomáticas, llegó a la conclusión de que había una relación directa entre los tipos de personalidad y los síntomas psicofisiológicos específicos; pero posteriores evidencias demostraron que la teoría de Dunbar no era cierta ya que se --

han encontrado los mismos síntomas psicofisiológicos en diferentes perfiles de personalidad.

TEORIA CONFLICTO-REGRESION DE ALEXANDER. - Esta teoría afirma - que cada trastorno psicósomático puede ser el reflejo de un tipo específico de conflicto inconsciente que puede aparecer en diferentes tipos de personalidad. La base de esta teoría era que "una específica y distinta configuración de reacciones fisiológicas se veía activada en unión de cada uno de los varios tipos de estado emocional", por ejemplo, las necesidades de dependencia activaban el aparato gastrointestinal, los problemas con la comunicación se manifestaban en las funciones respiratorias. - Para Alexander la correlación entre órganos específicos y dificultades psicológicas específicas no era manifestación de un proceso simbólico de conversión ni de un estilo de personalidad, sino que, como se dijo anteriormente, reflejaba un conflicto emocional específico. Alexander se basó en el concepto Freudiano de la Regresión para tratar de explicar cómo surgen los trastornos psicofisiológicos en los pacientes psicósomáticos y afirmaba que éstos, durante su infancia, experimentaban conflictos traumáticos que quedaron "fijados" y persisten y son reactivados en el presente. Las amenazas actuales activan tanto las "inmaduras" defensas psicológicas como las reacciones fisiológicas específicas que fueron asociadas con el conflicto. Esto quiere decir que cuando los acontecimientos actuales desencadenan el conflicto "fijado" el paciente responde con la misma reacción psicofisiológica que se produjo cuando el conflicto apareció por primera vez; por ejemplo, el paciente ulceroso, según Alexander, sufrió de dependencia durante el desarrollo, en la etapa oral del desarrollo psicosexual y cuando se enfrenta a una situación semejante, las reacciones adoptan la forma de exceso de secreciones gastrointestinales, durante la infancia estas secreciones se producían debido a la búsqueda del niño por la seguridad que le proporcionaba la nutrición materna, durante la vida adulta el estómago y el intestino superior tienen que someterse, ya que no lo alimenta la madre, y la secreción de ácidos gástricos es repetida hasta que destruye la capa mucosa.

La teoría de Alexander ha sido modificada y ampliada por algunos autores:

a) En 1946 Ruesch, modificó la teoría de la regresión de Alexander, afir

mando que las personas que manifiestan enfermedades psicosomáticas son individuos inmaduros que no han aprendido a expresar sus ideas y sentimientos verbalmente o que, debido al stress se ven obligados a regresar al empleo de primitivas formas corporales de comunicación. Debido a la inmadurez para expresarse verbalmente el sujeto recurre a un simbolismo psicosomático para expresar sus conflictos y necesidades -- psicológicas. La afirmación de Ruesch apoyaba la hipótesis de conversión de que los síntomas psicosomáticos son una expresión simbólica de conflictos inconscientes que se transforman en lenguaje corporal. Por ejemplo; la náusea crónica expresa, que el sujeto no puede ser capaz de aceptar las cosas desagradables que las otras personas puedan decir del paciente; los dolores de espalda persistente indica que el sujeto "está diciendo" que se encuentra sobrecargado de presión.

b) En 1952 Grace y Graham modificaron la teoría de Alexander y se centraron en las actitudes específicas del individuo cuando se enfrenta a situaciones difíciles; estas actitudes en situaciones stressantes ponen en actividad fisiológica determinados sistemas del organismo; por ejemplo: si el sujeto se siente desposeído y resentido y desea vengarse, se pondrán en actividad ciertas secreciones gastrointestinales y si la actitud persiste y las reacciones fisiológicas no son descargadas adecuadamente se pueden presentar las enfermedades psicosomáticas, en este caso podría ser la úlcera.

c) En 1953 Margolin apoyó la teoría de Alexander respecto a las enfermedades psicofisiológicas como regresión a formas infantiles en su actividad funcional fisiológica, pero, rechazaba la parte del conflicto específico ya que prefería considerar a las enfermedades psicosomáticas como una consecuencia de la insistencia en usar una estrategia de enfrentamiento que es, en general, fisiológicamente inmadura, que resulta adecuada para un niño más no así, para un adulto.

TEORIAS DE LA INESPECIFICIDAD. - Mahl en 1953 y Kaplan en 1959, afirmaron que ninguno de los modelos de "especificidad" han presentado la suficiente evidencia para ser aceptados; o sea que no hay relaciones psíquicas claras que testifiquen en los factores psicogénicos específicos estén correlacionados con formas específicas de trastorno psicofi-

siológico y ofrecen otra alternativa: 1) Todas las fuentes de stress psicogénica, que pueden ser: acontecimientos externos reales como son la lucha cuerpo a cuerpo en una guerra, y conflictos intrapsíquicos como las hostilidades infantiles reprimidas, producen reacciones fisiológicas difusas esencialmente semejantes. 2) Si estas reacciones fisiológicas perduran por mucho tiempo pueden producir enfermedades psicósomáticas. 3) La dolencia específica que el paciente manifiesta no puede ser prevista por el tipo específico de dificultad emocional que el individuo experimenta. Este modelo de inespecificidad afirma que las enfermedades psicósomáticas, en general, están asociadas a problemas psicogénicos y sostiene que los pacientes que son incapaces de enfrentarse a la ansiedad, necesariamente tienen que presentar algún trastorno psicofisiológico.

TEORIAS DE ESPECIFICIDAD CONSTITUCIONAL. - Este tipo de teoría - sostiene que aunque no existen bases empíricas para asegurar que hay una correlación entre factores psicogénicos específicos y dolencias psicósomáticas específicas, los pacientes que presenten patrones de reacción fisiológica distintos y bien diferenciados deben tener la predisposición a tipos de dolencias específicas. Esta teoría también se considera como una tésis de "Especificidad de Respuesta" y se basa en las diferencias constitucionales intrínsecas que existe en los diferentes sujetos. Adler fué el primero en hablar de las "inferioridades orgánicas" en las enfermedades psicológicas, pero, no se ocupó de los síntomas psicósomáticos, sino se refería al concepto de debilidad corporal lo que provoca el uso de mecanismos que ponen en marcha los impulsos compensatorios. Los investigadores Lacey y Lacey 1958; Mirsky 1958 y Malma en 1962 llegaron a la conclusión que los sujetos manifiestan tipos estables y bien diferenciados de reacciones fisiológicas al stress; por ejemplo: -- ante la frustración, dolor y situaciones embarazosas el paciente puede reaccionar con rígidez muscular mientras que otros individuos ante las mismas situaciones reaccionan con alteraciones gastrointestinales. Lo que no se puede afirmar es si la reactividad fisiológica se aprende con la experiencia o si es innata; sin embargo los estudios de Murphy en 1962 y de Thomas en 1964 aportaron datos que afirman que poco después del nacimiento se manifiestan patrones de comportamiento perfectamente diferenciados los cuales persisten por muchos años y dado que estos

patrones se dan antes de la socialización se deduce que los patrones de reactividad dependen de las tendencias constitucionales intrínsecas. - La teoría de la especificidad constitucional, en pocas palabras, sostiene que los trastornos psicofisiológicos están correlacionados con las experiencias psicológicas y la vulnerabilidad constitucional.

De acuerdo a todos los datos que las investigaciones, acerca de los trastornos psicofisiológicos, han aportado nos indican "que el tipo específico de trastorno psicofisiológico que un paciente manifiesta no puede -- ser previsto en base al carácter específico de su problema psicológico". Esto datos también nos indican, que en general, los trastornos psicológicos son un reflejo del fracaso por intentar descargar las tensiones, no importando el contenido ni el origen de estas tensiones; los sujetos cuyas estrategias de enfrentamiento les proporcionan nuevas situaciones productoras de stress sucumben a uno o varios trastornos psicofisiológicos. Las estrategias de enfrentamiento aunque no eliminen las tensiones desempeñan otras funciones como: ocultar el origen y contenido de las tensiones intrapsíquicas; no dar salida a impulsos no aceptados socialmente; y obtener las ganancias secundarias que se le proporciona al sujeto enfermo: sostén, atención, simpatía. Otra de las conclusiones que se han obtenido con los datos de las investigaciones es que muchos de los problemas psicósomáticos son consecuencia de las dificultades psicogénicas. Diversos trastornos psicósomáticos parece que tienen su origen en un solo conflicto básico como es el de reprimir los impulsos hostiles por temor a perder la seguridad que le proporciona la dependencia; entre estos trastornos psicofisiológicos se encuentran la úlcera, neurodermatitis, asma, hipertensión, y debido a esta uniformidad, en el origen de los trastornos psicofisiológicos, los pacientes, probablemente, se encuentran frente a una situación ambivalente insoluble de dependencia-independencia; no pueden expresar -- una parte de su conflicto porque el otro se ve afectado y esto aumenta el nivel de tensión hasta que se presenta el trastorno psicofisiológico, el cual es irreversible. Otra conclusión: el síntoma psicósomático que el paciente manifiesta puede depender de la vulnerabilidad constitucional o de un patrón dominante de reacción fisiológica. El trastorno psicofisiológico se produce debido a las influencias, al mismo tiempo, de factores psicogénicos y fisiogénicos; la etiología se ve influenciada por

las estrategias de enfrentamiento que alteran el equilibrio homeostático, además de no disipar las tensiones fisiológicas crónicas. Un individuo constitucionalmente predispuesto debe manifestar un tipo específico de trastornos psicofisiológicos ya que los problemas psicológicos, no importa su fuente, ni su contenido, atacará la parte orgánica más vulnerable del sujeto.

Los patrones de personalidad patológica que son más propensos a los trastornos psicofisiológicos van a depender de los objetivos de la estrategia de enfrentamiento, los cuales son los mismos que encontramos en los trastornos neuróticos; ésto quiere decir que los trastornos psicofisiológicos se da en los cinco patrones de personalidad y coexisten o fluctúan intercambiándose con los trastornos neuróticos, en el mismo paciente; solo que los trastornos psicofisiológicos son más frecuentes en los tipos de personalidad pasivo y activo-ambivalente; esta afirmación se basa en que los problemas psicósomáticos provienen de las frecuentes alteraciones del equilibrio fisiológico del organismo y de los constantes fracasos por anular las tensiones fisiológicas y ésto es frecuente en sujetos que constantemente se enfrentan a situaciones conflictivas y al intentar descargar las tensiones de un conflicto aumenta las del otro, o sea, son pacientes con personalidad ambivalente: independientes hostiles y dependientes sumisos; si se someten a los demás sienten cólera por su debilidad, si afirman su independencia sienten ansiedad por temor a perder la seguridad que le proporciona su dependencia.

TRATAMIENTO. - La mejor manera de ayudar al neurótico (8), que va a solicitar ayuda psicoterapéutica es, explicándole con seguridad y de manera simple la naturaleza del mal; aconsejarlo de cómo afrontar los problemas corrientes, ayudarlo a organizar su vida para el futuro, haciendo uso adecuado de sus capacidades positivas y tratando de hacer a un lado o de superar sus deficiencias. Para lograr la curación del neurótico es necesario que el paciente esté dispuesto a ayudar en todo, esforzarse para superar sus dificultades, es lógico suponer que en la psicoterapia del neurótico el terapeuta debe saber escuchar, tener la capacidad de establecer una adecuada empatía y con ésto logrado, es casi seguro el éxito en el restablecimiento del neurótico; pero se debe tener muchísimo cuidado en no cometer el error de que el paciente termine

dependiendo del terapeuta porque si es así, el camino avanzado no sirvió de nada. Si el psicoterapeuta no tiene la capacidad para tolerar y respetar al paciente neurótico ni siquiera debe intentar tratar al sujeto, porque no daría resultado. Muchas veces durante la terapia es necesario desaprobado la conducta del enfermo, pero nunca se le debe criticar como a persona, ni basar el tratamiento en exhortaciones morales porque es inútil, y puede resultar peligroso.

Aunque el psicoterapeuta se dé cuenta, a las pocas sesiones, de cuál es el conflicto del paciente, NO se lo debe decir inmediatamente porque no lo entendería el sujeto, sería como si le hablaran de otra persona que no tiene semejanza alguna con él. Solamente cuando el paciente se da cuenta que es aceptado, por el terapeuta, tal cual es, entonces sí se le puede decir gradualmente en qué consiste su problema, porque ya puede encarar una evaluación objetiva de sí mismo, ya asimila y admite el conocimiento que le aporta el tratamiento.

En el tratamiento del neurótico, en muchos casos, es necesario pedirle al sujeto que explique y justifique sus opiniones acerca de: religión, conducta sexual, política, discriminación racial, su opinión al éxito, actitud frente al trabajo, frente a la crianza de los hijos, frente a la enfermedad y ante la muerte. Esto nos aportará datos, para lograr que el paciente sea colocado en una situación franca, y hacerlo que se enfrente consigo mismo. Cuando el enfermo evade algunas preguntas es necesario insistir hasta obtener respuesta, y pedirle al sujeto que saque conclusiones.

Algunos pacientes neuróticos, graves se han curado con el psicoanálisis, son rarísimos los casos que se han logrado y su mejoría no dura más allá que las que duran con el tratamiento simple de un terapeuta de cualquier otra escuela, se dice que dura más, es más consistente — la mejoría con tratamiento que dan los otros psicoterapeutas, ya que la curación se debe en gran parte a la personalidad del terapeuta.

Pese a los éxitos que se han tenido con neuróticos no se puede decir que ya se conoce el procedimiento para curar la neurosis, con excepción de la leucotomía prefrontal en los casos severos de ansiedad crónica y de obsesión.

Los trastornos neuróticos pueden persistir mucho tiempo después que hayan desaparecido las causas desencadenantes y ésto sucede porque -- siguen obteniendo las ganancias secundarias mediante los comporta-- mientos neuróticos. La neurosis desaparecerá cuando se logre que el paciente no obtenga estas ganancias secundarias o que las alcance por medio de otras conductas. Los esfuerzos de enfrentamiento de los neu-- róticos pueden llegar a ser autodestructores ya que mitiga por el mo-- mento, malestares y limitaciones pero estas actitudes y estrategias de enfrentamiento patológicas pueden prolongarse demasiado, lo que hace al paciente más dependiente de los demás.

Determinar qué terapia es la adecuada para el paciente neurótico que -- se encuentra enfrente del psicoterapeuta no es tarea fácil, ya que fre-- cuentemente se encuentran mezclados los síntomas y se debe estable-- cer cuál es la personalidad básica y cuál es la sintomatología neurótica. Muchas veces sucede que el neurótico a pesar de sus esfuerzos de en-- frentamiento sigue padeciendo de tensión y ansiedad, en este caso se -- puede utilizar fármacos pero, con mucho cuidado, ya que éstos siem-- pre alteran los esfuerzos de enfrentamiento del paciente y puede desen-- cadenar perturbaciones más graves. Por ejemplo, el sujeto con abatimiento, evita la salida de su cólera y por lo tanto, problemas más fuer-- tes como pueden ser el abandono, si se le administra un estimulante biofísico, estos impulsos hostiles pueden quedar liberados y desencade-- nar temores y ansiedad de separación, mucho más graves, para el pa-- ciente, que el abatimiento que presentaba en un principio.

Las técnicas de modificación del comportamiento resultan verdadera-- mente efectivas para algunos trastornos neuróticos como son: las fo-- bias, algunas conversiones: tics, mudez, defectos visuales, ciertas -- anestesias.

Los trastornos neuróticos como el abatimiento y los hipocondríacos, -- pueden ser tratados adecuadamente mediante métodos directivos o no di-- rectivos. Los trastornos de conversión pueden ser tratados con técni-- cas intrapsíquicas como el psicoanálisis y las técnicas hipnóticas.

Debido a que los trastornos psicofisiológicos poseen dos componentes,

los somáticos y los psicológicos, el tratamiento debe ocuparse de ambos factores ya que si se cura el trastorno somático, pero se descuidan las circunstancias que provocan los problemas psicológicos, las tensiones continuarán creciendo y perturbarán la actividad funcional normal nuevamente. También pueden presentarse otras complicaciones, como en el paciente con personalidad pasivo-ambivalente que se niega a aceptar tener conflictos psicológicos; tampoco se debe cometer el error de tratar de convencer al paciente que se encuentra perturbado emocionalmente, a menos que tenga, el especialista, bases sólidas para tal afirmación. Se tendrá un pronóstico desfavorable, cuando el paciente se niegue a hacer conscientes sus impulsos prohibidos, en estos casos, - el paciente colabora, o sea, que se somete a un examen psicodiagnóstico cuando los síntomas físicos se convierten en aterradores o excesivamente dolorosos. Para que el tratamiento sea un éxito, primero se debe controlar la alteración física, sobre todo si ésta puede ser peligrosa, como la úlcera o la hipertensión, y después centrar la atención en los stress ambientales y en la modificación de hábitos y actitudes perjudiciales. El psicoterapeuta debe tener mucho tacto, saber cuándo es el momento adecuado para "exponer" estas actitudes, ya que se debe tener en cuenta que el sujeto prefirió sufrir grandes malestares físicos, antes que permitir "salir" a los impulsos prohibidos; ningún sujeto debe adquirir un insight demasiado rápido, porque puede provocar una crisis más grande que la que lo condujo al trastorno psicofisiológico; esta exposición y liberación de conflictos e impulsos debe ir acompañada de un reforzamiento de la capacidad del sujeto para hacer frente a estos sentimientos; para llegar a este momento son muy importantes los primeros estadios del tratamiento, o sea las técnicas de apoyo, las que consisten en disminuir la tensión y colaborar con el paciente para disipar la acumulación de tensiones pasadas; se pueden usar tranquilizantes psicofarmacológicos, también se debe procurar que el sujeto eluda, siempre que sea posible, las situaciones generadoras de ansiedad insolubles, o bien que agraven las ansiedades ya presentes. Las técnicas de modificación del comportamiento pueden ayudar para extinguir actitudes y hábitos que provoquen tensión y formar otras nuevas que permitan al individuo eludir, facilitar la descarga o hacer frente a las tensiones. La terapéutica de grupo es muy útil para que el sujeto explore sus sentimientos y aprenda métodos que le servirán para que resuelva

sus conflictos y descargue sus tensiones. Cuando no se logra mejoría, avanzar en el conocimiento de la personalidad del paciente, o aliviar — las tensiones, puede ser necesario hacer uso de procesos intrapsíquicos y lentamente reconstruir el patrón de personalidad del paciente.

CAPITULO III

HIPOTESIS, MUESTRA, MATERIAL Y METODO

I.- HIPOTESIS:

- H_0 . - No existe diferencia significativa entre sexos, diagnósticos (de úlcera y hernia hiatal) o interacción entre estas variables.
- H_1 . - Sí existe diferencia significativa entre sexos en las pruebas - MMPI, Frases Incompletas de Sacks, Pierre Gilles Weil a una probabilidad de .05 como mínimo.
- H_2 . - Sí existe diferencia significativa entre diagnósticos en las pruebas MMPI, Frases Incompletas de Sacks, Pierre Gilles Weil a una probabilidad de .05 como mínimo.
- H_3 . - Sí existe interacción significativa entre las variables de sexos y diagnósticos en las pruebas de MMPI, Frases Incompletas de Sacks y Pierre Gilles Weil a una probabilidad de .05 como mínimo.

II.- MUESTRA:

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron pacientes del HOSPITAL GENERAL DE MEXICO de la S.S.A. del pabellon de gastroenterología. De este pabellón se tomó la muestra de ambos sexos tanto del grupo de ulcerosos como del grupo de pacientes con hernia hiatal.

A todos los pacientes se les indicaba que era voluntario el que respondieran las pruebas psicológicas, ésto se hizo con el fin de que los pacientes no se angustiaron pensando que se iban a tardar más tiempo hospitalizados y así evitar que contestaran las preguntas de las pruebas en forma tan rápida que dejaran algunas sin responder, o que de algún modo esta velocidad de respuesta invalidara algunos protocolos de las pruebas aplicadas.

Todos los sujetos que se utilizaron en la investigación se encontraban internos en dicho Hospital al momento de la aplicación de las pruebas.

En total fueron 96 sujetos, divididos en los siguientes subgrupos:

- 24 pacientes hombres con diagnóstico de úlcera
- 24 pacientes mujeres con diagnóstico de úlcera
- 24 pacientes hombres con diagnóstico de hernia hiatal
- 24 pacientes mujeres con diagnóstico de hernia hiatal

Las edades de hombres y mujeres de ambos grupos son:

EDAD PROMEDIO

SEXO; femenino con diagnóstico de úlcera	
N = 24	
RANGO = 70-18 = 52	INTERVALO = 10
MEDIA = 37	
DESVIACION ESTANDAR = 11.55	

EDAD PROMEDIO

SEXO: femenino con diagnóstico de hernia hiatal	
N = 24	
RANGO = 56-15 = 41	INTERVALO = 10
MEDIA = 37	
DESVIACION ESTANDAR = 10.98	

EDAD PROMEDIO

SEXO: Masculino con diagnóstico de úlcera	
N = 24	
RANGO = 59-14 = 45	INTERVALO = 10
MEDIA = 35	
DESVIACION ESTANDAR = 11.42	

SEXO: masculino con diagnóstico de hernia hiatal	
N = 24	
RANGO = 71-21 = 50	INTERVALO = 10
MEDIA = 37	
DESVIACION ESTANDAR = 13.54	

TABLA DE CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA DE PACIENTES DEL SEXO FEMENINO CON ULCERA.

	No. de Pacientes	%
EDAD:		
Menor de 18 años	0	0
18 a 28 años	6	25
29 a 39 años	11	45.8
40 a 50 años	5	20.8
51 a 61 años	0	0
62 a 72 años	2	08.3
TOTAL	24	100
EDO. CIVIL:		
Solteras	6	25
Casadas	12	50
Divorciadas	3	12.5
Viudas	3	12.5
TOTAL	24	100
ESCOLARIDAD:		
Primaria Completa.	18	75
Primaria Incompleta.	4	16.6
Sin Escolaridad.	2	08.3
TOTAL	24	100

TABLA DE CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA DE PACIENTES DEL SEXO MASCULINO CON ULCERA

	No. de Pacientes	%
EDAD:		
Menor de 14 años	0	0
14 a 24 años	3	12.5
25 a 35 años	11	45.8
36 a 46 años	7	29.1
47 a 57 años	2	08.3
58 a 68 años	1	04.1
TOTAL	24	100
EDO. CIVIL :		
Solteros	6	25
Casados	14	58.3
Divorciados	4	16.6
Viudos	0	0
TOTAL	24	100
ESCOLARIDAD:		
Primaria Completa	14	58.3
Primaria Incompleta	9	37.5
Sin Escolaridad	1	04.1
TOTAL	24	100

TABLA DE CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA DE PACIENTES DEL SEXO FEMENINO CON HERNIA HIATAL

	No. de Pacientes	%
E D A D :		
Menor de 15 años	0	0
15 a 25 años	3	12.5
26 a 36 años	10	41.6
37 a 47 años	6	25
48 a 58 años	5	20.8
TOTAL	24	100
EDO. CIVIL:		
Solteras	5	20.8
Casadas	18	75
'Divorciadas	0	0
Viudas	1	04.1
TOTAL	24	100
ESCOLARIDAD:		
Primaria Completa	7	29.1
Primaria Incompleta.	13	54.1
Sin Escolaridad	4	16.6
TOTAL	24	100

TABLA DE CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA DE PACIENTES DEL SEXO MASCULINO CON HERNIA HIATAL

	No. de Pacientes	%
E D A D :		
Menor de 21 años	0	0
21 a 31 años	11	45.8
32 a 42 años	7	29.1
43 a 53 años	1	04.1
54 a 64 años	4	16.6
65 a 75 años	1	04.1
TOTAL	24	100
EDO. CIVIL :		
Solteros	11	45.8
Casados	12	50
Divorciados	0	0
Viudos	1	04.1
TOTAL	24	100
ESCOLARIDAD :		
Primaria Completa	12	50
Primaria Incompleta	10	41.6
Sin Escolaridad	2	08.3
TOTAL	24	100

TABLA DE OCUPACIONES DE LA MUESTRA DEL GRUPO FEMENINO
CON ULCERA

Recepcionista (puesto de jugos) . . .	3
Hogar	19
Vendedora en mercado ambulante.	1
Lavandera	1

TABLA DE OCUPACIONES DE LA MUESTRA DEL GRUPO MASCULINO
CON ULCERA

Sastre	1
Carnicero	2
Campesino	3
Peluquero	1
Cantante ambulante	1
Hogar	2
Mecánico	2
Obrero	2
Radiotécnico	1
Dibujante ambulante	1
Cerrajero	2
Vendedor de billetes de lotería . . .	1
Sirviente	2
Carpintero	1
Dependiente	1
Afilador ambulante	1

TABLA DE OCUPACIONES DE LA MUESTRA DEL GRUPO FEMENINO
CON HERNIA HIATAL

Hogar	19
Costurera	1
Lavandera	1
Afanadora	1
Sirvienta	1
Vendedora en mercado ambulante. .	1

TABLA DE OCUPACIONES DE LA MUESTRA DEL GRUPO MASCULINO
CON HERNIA HIATAL

Campesino	6
Mecánico	2
Pintor de casas	1
Fotógrafo ambulante	1
Obrero	1
Herrero	1
Sirvienta	1
Carnicero.	1
Comerciante	1
Pollero	1
Chofer de taxi	2
Tendero	1
Estivador	1
Hogar	2
Policia privado	1
Tipógrafo	1

De acuerdo a las tablas de ocupaciones se puede observar que ninguno de los sujetos, de la presente muestra, tienen empleo fijo, todos son - subempleados por lo tanto carecen de prestaciones tales como: vacaciones, prima vacacional, atención médica gratuita, aguinaldo, préstamos personales a corto y a largo plazo, oportunidad de adquirir bienes muebles e inmuebles por medio del infonavit, fovissste y fonacot, seguro - de vida.

Este trabajo no consigna muestras amplias y de riguroso azar, consistiendo más bien de autoselección debido a que era difícil localizar a los pacientes ulcerosos en igualdad de condiciones por lo que se optó que fueran internos y éstos llegaban al Hospital muy graves y muchos murieron antes de terminar de aplicar la batería de pruebas psicológicas. También se quedó material psicológico inconcluso porque al siguiente día que me presentaba para continuar la aplicación de pruebas, el paciente había sido dado de alta, ya que se postergaba la intervención quirúrgica.

III.- MATERIAL:

DESCRIPCION DEL MATERIAL.- La batería de pruebas psicológicas que se utilizó, para investigar si existen alteraciones psicopatológicas en la muestra de pacientes con úlcera en comparación con la muestra de pacientes con hernia hiatal y en la comparación de las muestras del grupo femenino con el grupo masculino, ambos con el diagnóstico de úlcera, fue la siguiente:

- 1) Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)
- 2) Frases Incompletas de Sacks
- 3) Pierre Gilles Weil

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI)

El MMPI es un inventario para la detección de psicopatología. Y que - además refleja rasgos de personalidad del sujeto. Consiste en 566 reactivos en total, a los cuales el examinado debe contestar en las categorías de CIERTO o FALSO, según sea su caso o situación.

El MMPI puede aplicarse a los sujetos que tengan 6 años de escolaridad (primaria) como mínimo, se recomienda que el examinado tenga 16 años o más y un IQ a un nivel de término medio. No tiene tiempo límite de aplicación pero, generalmente al realizar esta prueba el sujeto tarda una hora y media. La aplicación puede realizarse en forma individual o en grupo.

DESCRIPCION DE LAS ESCALAS

ESCALAS DE VALIDEZ	?	
	L	
	F	
	K	
ESCALAS CLINICAS	1.-	Hipocondriasis (Hs)
	2.-	Depresión (D)
	3.-	Histeria (Hi)
	4.-	Desviación psicopática (Dp)
	6.-	Paranoia (Pa)
	7.-	Psicastenia (Pt)
	8.-	Esquizofrenia (Es)
	9.-	Manía (Ma)
	ESCALAS ADICIONALES	5.-
0.-		Sociabilidad (Si)

ESCALA ?

La escala "no puedo decir" está formada por las frases omitidas, las que el sujeto deja sin contestar ya que su respuesta es "no puedo decir".

ESCALA L

Esta escala evalúa el grado de franqueza del sujeto al responder a la prueba.

ESCALA F

Esta escala evalúa el grado de comprensión del contenido de las preguntas; y nos puede proporcionar un prediagnóstico que se corrobora con las escalas clínicas.

ESCALA K

Se encarga de detectar actitudes muy sutiles de distorsión y también — sirve de medida de corrección estadística para las siguientes escalas: 1 (Hs), 4 (Dp), 7 (Pt), 8 (Es) y 9 (Ma), ya que éstas pueden ser influenciadas por la defensividad del sujeto.

ESCALA 1 (Hs) Hipocondriasis

Mide características de personalidad relacionadas al patrón neurótico — de la hipocondriasis que se presenta en personas que muestran una — preocupación anormal por sus funciones corporales existiendo síntomas persistentes pero, sin una base orgánica; también puede involucrar — egocentrismo, inmadurez, falta de insight en el origen emocional de — sus preocupaciones con proceso somático.

ESCALA 2 (D) Depresión

Mide la profundidad del síntoma clínico del patrón depresivo, el cual — se caracteriza por pesimismo hacia el futuro, sentimientos de desesperanza o indignidad, autodevaluación, falta de confianza en sus propias capacidades, lentitud en el pensamiento y la acción y preocupación ante la idea de la muerte o el suicidio,

ESCALA 3 (Hi) Histeria

Detecta a pacientes que utilizan defensas neuróticas, es decir que estas personas para resolver dificultades o evitar responsabilidades y madurez recurren a síntomas físicos. La histeria se caracteriza por 3 factores u objetivos: 1o. llamar la atención, 2o. comportamiento infantil para evadir responsabilidades y 3o. no se involucra emocionalmente.

ESCALA 4 (Dp) Desviación Psicopática

Se encarga de detectar el manejo de la agresividad; conductas antisociales, incapacidad para beneficiarse de las experiencias.

ESCALA 5 (Mf) Masculinidad y Femenidad

Mide los patrones de identidad psicosexual.

ESCALA 6 (Pa) Paranoia

Mide suspicacia, desconfianza, hostilidad de un sujeto, el cual se siente limitado por el medio ambiente; o sea que fue diseñada para la evaluación clínica del patrón de la paranoia que también incluye ideas de referencia, delirios de grandeza, de persecución, mala interpretación de las situaciones de la vida; estas características no afectan las habilidades ni la inteligencia.

ESCALA 7 (Pt) Psicastenia

Fue derivada como una ayuda para la evaluación del patrón neurótico de la psicastenia o síndrome obsesivo-compulsivo. Este patrón incluye el exceso de angustia y tensión, lo cual implica conductas compulsivas y fóbicas.

ESCALA 8 (Es) Esquizofrenia

Mide características del patrón de la esquizofrenia que se caracterizan por: conductas raras e inusuales.

ESCALA 9 (Ma) Manía

Las características que mide esta escala son: hiperactividad ineficaz e improductiva, excitación emocional con buen humor, euforia y en ocasiones pueden ser irritables con arranques de temperamento, también presentan fuga de ideas.

ESCALA 0 (Si) Sociabilidad

Evalúa las características generales del patrón de personalidad intro--versión-extroversión, en los hechos del pensamiento, participación so--cial son: retraimiento de los contactos y responsabilidades sociales, po--co interés real por las personas. Los hechos relevantes de la extrover--sión social son: la búsqueda de contactos sociales, interés sincero por la gente, además de la derivación de satisfacción por los contactos so--ciales.

CALIFICACION DEL MMPI. - Para calificarse el MMPI primero se re--visa el protocolo para ver cuántas preguntas quedaron en blanco o con doble respuesta que forma la escala "no puedo decir" o el primer indi--cador de validez. Después se procede a obtener el puntaje bruto de ca--da escala, para lo cual se cuentan con trece plantillas para cada hoja de respuesta; teniendo el puntaje bruto se le agrega el FACTOR K a las escalas:

1 = Hipocondriasis, 4 = Desórdenes Psicopáticos, 7 = Psicastenia, 8 = Esquizofrenia y 9 = Manía, obteniendo así el puntaje corregido que es el que se va a tomar en cuenta para hacer el perfil o gráfica. El si--guiente paso en la calificación es obtener la codificación o clave del - perfil que da en sus márgenes la conversión automática del puntaje es--tandarizado conocido como calificación T.

CODIFICACION SEGUN EL SISTEMA DE WELSH. - Se anota primero la escala con la calificación T más alta y así todas las escalas sin excep--ción en orden descendente.

Después se procede a distinguir la elevación de las diferentes escalas - y para ello se utilizan los siguientes símbolos, los cuales van colocados en el ángulo superior derecho de la escala última con la misma califica--ción T:

un asterisco	(*) = calificación T = 90 en adelante
2 signos prima	('') = calificación T = 80 a 89
1 signo prima	(') = calificación T = 70 a 79
un guión	(-) = calificación T = 60 a 69

una diagonal (/) = calificación T = 50 a 59
 dos puntos (:) = calificación T = 40 a 49
 el signo número (#) = calificación T = 30 a 39

Todas las puntuaciones T menores de 30 quedarán a la derecha del signo #.

En seguida se anotan las escalas de validez utilizando los mismos símbolos de acuerdo a la calificación T. En este sistema de codificación se subrayan las escalas con la misma calificación T o con un punto de diferencia.

La prueba MMPI queda invalidada cuando el índice de Gough, o sea, - el resultado de la resta de los puntajes de las escalas F menos K es mayor de +9. La invalidez de este test puede deberse a diferentes actitudes del paciente por ejemplo: demasiados reactivos sin responder, mentiras por parte del examinado al dar su respuesta, incomprensión de los reactivos, etc.

PRUEBA PROYECTIVA DE PERSONALIDAD FRASES INCOMPLETAS DE SACKS

La prueba de Frases Incompletas de Sacks y Levy nos proporciona datos acerca de las reacciones, sentimientos, pensamientos u opiniones del individuo. Los datos que nos proporciona son aplicables a clínica, mejoras experimentadas en psicoterapia, aplicación industrial para investigar actitudes y opiniones.

En esta prueba se le pide al sujeto que lea cada una de las frases y responda lo que piensa inmediatamente después de leerla, expresando una idea. Sacks consideró que era mejor usar, en las frases, el pronombre de la primera persona para evitar que el examinado relacione el reactivo con otros sujetos. En 1959 Sacks y Levy publicaron la prueba de Frases Incompletas que se utilizó en el presente estudio.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA PRUEBA. - Después de muchos estudios y revisiones realizadas para esta prueba, se ha llegado a la conclusión que es útil para averiguar aspectos psicológicos; además que en

el presente estudio la prueba de Frases Incompletas proporcionó datos que se pudieron evaluar a nivel estadístico, fueron cuantificables, lo que la hace más confiable en sus resultados.

Esta prueba fue revisada anteriormente por la Dra. Huitrón (9), quien agregó otra área, a las ya existentes, que es la ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD del sujeto. Las áreas que se tratan de investigar en la conducta del paciente con dicha prueba son: AREA FAMILIAR, AREA SEXUAL, AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES, AREA DEL CONCEPTO DE SI MISMO, AREA ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD. Las frases de la actitud hacia su enfermedad están intercaladas entre las frases originales; una frase por cada tres de las de Sacks. En total son 20 frases agregadas.

La forma de aplicación de las Frases Incompletas puede ser individual o colectiva; se recomienda que el examinador anote en una hoja las reacciones del sujeto ante cada estímulo que le origine angustia o tensión; no hay tiempo límite de aplicación pero es conveniente anotar el tiempo de reacción.

La calificación se puede realizar de acuerdo con la forma en que es contestado el instrumento y según el contenido de las respuestas. Lo que se toma en consideración es:

FORMA	<ul style="list-style-type: none"> tiempo de reacción número de palabras precisión de la expresión la cualidad la simplicidad la obsesión la verbosidad
CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> cualidad emocional la intensidad la pasividad el simbolismo

La base de la calificación está dada por el proceso de desarrollo para la adquisición del lenguaje, que pasa por tres fases fundamentales: a) -- lenguaje de gestos y actitudes, b) lenguaje verbal, c) lenguaje escrito. El lenguaje escrito es el último que se adquiere ya que representa la -- forma más evolucionada de comunicación, por lo tanto es el primero en sufrir desviaciones que pueden correlacionar con alteraciones emocionales.

El Dr. Cantu Garza en sus investigaciones ha encontrado que: a) en -- las pruebas de los adolescentes que presentaban cuadros psicóticos agudos manifestaban defectos en la forma de lenguaje; b) en el tratamiento de pacientes en psicoanálisis, tipo border line o psicóticos ambulatorios se encuentran frecuentemente alteraciones en la expresión verbal por ejemplo: cambian los tiempos de los verbos, suprimen los artículos, -- etc.

Lo encontrado por el Dr. Cantu Garza coincide con los estudios de Cameron sobre las alteraciones en la conversación y el lenguaje desorganizado de los esquizofrenicos.

Estas manifestaciones, sintaxis defectuosa, se debe a una alteración -- en el proceso asociativo la que es originada por un conflicto que impide que el YO funcione de manera apropiada. Las alteraciones de la orto-- grafa se debe a la angustia o rechazo que experimenta el examinado ha cia un determinado objeto; las alteraciones en la ortografía se califica como Respuesta de Defecto Estructural.

Las respuestas de Defecto Autista Estructural (D.A.E.) son aquellas en las que el examinado da la impresión de que supone que nosotros sabemos cuál es la palabra y entendemos que quiere decir por ejemplo: 6. - MIS SUPERIORES: respeto, debiendo decir "los respeto".

Las respuestas de Acto Fallido son aquellas en las que el sujeto escribe una palabra por otra, ejemplo: 13. - EN EL TRABAJO ME LLEVO MEJOR - CON" amagos", en lugar de poner amigos.

Las respuestas raras (R.R.) corresponde a un rasgo esquizoide de la -- personalidad y provoca n sensación de extrañeza por encontrarse fuera de contexto. Ejemplo: 13. - EN EL TRABAJO ME LLEVO MEJOR CON las me

Las respuestas de Tipo Concretista (R.C.) implican una dificultad en la relación con el mundo objetal, tendencia a relacionarse con el mundo no humano y dificultad en la capacidad de abstracción. Ejemplo: 25. - CREO QUE LA MAYORIA DE LAS MUCHACHAS SON mujeres.

Para la interpretación se toman en cuenta cuatro fases en la forma de la respuesta que van de menor a mayor intensidad y son:

- 1.- MATIZ (se manifiestan rasgos patológicos en forma leve)
- 2.- RASGO MODIFICADO CON MECANISMOS (el examinado controla los rasgos patológicos mediante mecanismos defensivos).
- 3.- FALLAS EN EL MECANISMO DE LA REPRESION (se rompen los mecanismos de defensa y afloran los rasgos patológicos).
- 4.- MANIFIESTO (la patología aparece abiertamente sin que exista -- ningún control sobre la misma).

Para calificar las Frases Incompletas de Sacks, de este estudio, se utilizó el sistema que consiste en tres diferentes puntajes que corresponden a un criterio de diagnóstico diferente, (esta técnica favorece la evaluación estadística).

- 2 = conflicto severo
 1 = conflicto mediano
 0 = ausencia de conflicto consciente.

La calificación se otorga según la gravedad o no gravedad del contenido de la respuesta que dé el examinado, lo cual queda a criterio del Psicólogo Clínico.

El sistema para calificar el área que se agregó a esta prueba es la misma que se emplea con el resto de las áreas.

Las áreas y el número de las frases correspondiente a éstas, son:

- | | | |
|------------------|---|--|
| 1) AREA FAMILIAR | { | actitud hacia el padre (1, 16, 31, 46)
actitud hacia la madre (14, 29, 44, 59)
actitud hacia la unidad familiar (12, 27, 42, 57) |
| 2) AREA SEXUAL | { | actitud hacia la mujer/hombre (10, 25, 40, 55)
actitud hacia relaciones heterosexuales (11, 26, 41, 56) |

- 3) AREA: RELACIONES INTERPERSONALES
- actitud hacia amigos y compañeros (8, 23, 38, 53)
 - actitud hacia superiores en trabajo/escuela (6, 21, 36, 51)
 - actitud hacia los subordinados (4, 19, 34, 48)
 - actitud hacia compañeros de trabajo/escuela (13, 28, 43, 58)
- 4) AREA: CONCEPTO DE SI MISMO
- actitud hacia los propios temores (7, 22, 37, 52)
 - actitud hacia los propios sentimientos de culpa (15, 30, 45, 60)
 - actitud hacia las propias capacidades (2, 17, 32, 47)
 - actitud hacia el pasado (9, 24, 39, 54)
 - actitud hacia el futuro (5, 20, 35, 50)
 - actitud hacia las metas u objetivos (3, 18, 33, 49)
- 5) AREA: ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD (3a...60a)

PRUEBA DE INTELIGENCIA NO VERBAL PIERRE GILLES WEIL

El Pierre Gilles Weil consiste en reactivos en los que hay que encontrar la parte que hace falta a la serie de dibujos que se da al sujeto, el cuadro que hace falta también se le da al examinado junto con otros cuadros. Esta prueba se aplicó para averiguar si el sujeto era capaz de realizar -- las pruebas en forma autoaplicada, para ver su capacidad de comprender las preguntas que se le harían en el resto de las pruebas. Se trata de una prueba de inteligencia muy sencilla, que se puede aplicar a cualquier persona incluso a quienes no tienen escolaridad alguna, y es precisamente a este tipo de población a la que más se le aplica. El Pierre - Gilles Weil consiste en 60 reactivos en total. El grado de dificultad para encontrar la parte que le hace falta al dibujo a la relación faltante en la serie de dibujos, va en aumento. No hay tiempo límite de reacción. La técnica para calificar esta prueba es la siguiente: a cada respuesta adecuada se le acredita un punto bueno; el siguiente paso a seguir es sumar el número de puntos buenos y el total se convierte en percentil, - existe una escala de percentiles para este procedimiento, (escala de per

centiles forma A, apendice C, pág.177), de acuerdo a la edad del sujeto, obteniéndose así el diagnóstico. El puntaje de esta prueba se obtiene mediante una plantilla. Esta prueba no es muy conocida en México, pero, se utiliza con frecuencia en el "Hospital General Adolfo López Mateos", en el "Hospital General de la S.S.A.", y en el "Instituto Nacional de Cardiología", obteniéndose buenos resultados, también se ha observado que los resultados de la prueba coincide con el nivel intelectual del sujeto examinado.

El método que se siguió en la aplicación de las pruebas psicológicas, -- antes mencionadas, fue individual; el tiempo utilizado para cada aplicación fue de dos o tres horas cada sesión, para terminar la batería de pruebas psicológicas fue necesario dos o tres sesiones para cada sujeto, al cual se le proporcionó siempre todo lo necesario: lápices, hojas de las pruebas, goma de borrar, hojas en blanco por si querían agregar algo.

El tiempo de aplicación puede considerarse largo, pero, se hizo con el objeto de evitar los niveles de fatiga en el paciente, cuando esto sucedía se hacia descansar al paciente hablando de otro tema o si estaba demasiado cansado, se le dejaba solo para que durmiera. Otro motivo por el cual se utilizó hasta tres horas en cada sesión fue que se hacia una entrevista o encuesta, o porque el paciente en algunos reactivos comentaba algo importante y se le interrogaba más acerca de este tema.

Las pruebas psicológicas se aplicaron antes de la intervención quirúrgica, la cual fué el tratamiento para todos los sujetos. Invariablemente se llevaba preparado el material psicológico. A todos se les aplicó, la batería de pruebas psicológicas, durante la mañana, después de desayunarse y siempre aplicadas por la que reporta este trabajo, no había interrupciones, en caso de que el paciente no pudiera caminar, y había gente en la sala, se llevaba en silla de ruedas a un lugar donde se pudiera trabajar, en este caso siempre fué el comedor de los pacientes (fuera de las horas de comida, está solo y en silencio, además de que se contaba con la colaboración del Dr. Díaz Orellana, que no permitía que hubiera interrupciones).

A todos los examinados se les pidió que no contaran lo que habían he-

cho, respecto a la realización de las pruebas psicológicas, ésto fue como precaución para que el otro sujeto, en caso de que se llegaran a conocer con el paciente ya examinado, no tuviera antecedentes de lo que trataban las pruebas y no preparara sus respuestas, además siempre se procuró que los sujetos fueran tomados de diferente sala, para dar oportunidad a que el sujeto examinado se diera de alta o se operara y — así no pudiera platicar con el interno, probable candidato para la investigación.

En frases incompletas de Sacks, en caso de haber una respuesta significativa, o que no se comprendiera bien la respuesta que había dado el paciente, se ampliaba la entrevista.

Después de terminadas las pruebas psicológicas por el individuo, se corroboraban los datos de éste: NOMBRE, SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDAD, OCUPACION, No. DE CAMA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO.

Teniendo ya todas las pruebas psicológicas aplicadas y verificados los datos de todos los sujetos se procedió a calificarlas.

IV. - METODO:

DISEÑO DE INVESTIGACION. - En vista de que el diseño de investigación elegido era el "ex post facto" ("partiendo de lo que se hace después"), ya que lo que pretendía investigar es un fenómeno que ya había ocurrido sin manipulación por parte del investigador. Este diseño permite el manejo de dos grupos experimentales. Este diseño de investigación consiste en un diseño de doble entrada para controlar diagnósticos y sexos. "Investigación ex post facto", es investigación empírica sistemática en la que el científico no tiene control directo de variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Se hacen inferencias acerca de las relaciones entre variables sin intervención directa, partiendo de variación concomitante de variables independientes y dependientes" (10).

PROCEDIMIENTO. - Para llegar a los resultados estadísticos el procedimiento que se siguió fue: en el MMPI:

a) Se realizó el diseño factorial.

b) Dependiendo de los resultados del punto a), se procedía a realizar la prueba 't' en caso de que saliera significativo el diagnóstico o el sexo, esta decisión se tomó en base de que esta prueba estadística es entre dos variables o grupos, la prueba 't' nos permite observar si las diferencias entre las medias se debe al azar o a alguna variable específica. Se utilizó la siguiente fórmula:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{\left[\sum X_1^2 - \frac{(\sum X_1)^2}{n_1} \right] + \left[\sum X_2^2 - \frac{(\sum X_2)^2}{n_2} \right]}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}$$

c) Si en el diseño factorial el nivel de significación era $P < .05$ ó $P < .01$ en la interacción, se llevaba a cabo la prueba de Rangos de Duncan, -- porque es entre más de dos grupos o variables; utilizándose las fórmulas:

$$R_p = r_p \quad Se = \sqrt{1/n}; \quad Se = \sqrt{\frac{SC_1 + \dots + SC_n}{r(n-1)}; \quad SC = \sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}$$

d) En cada una de las pruebas psicológicas se obtuvo la media: $\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$ y la desviación estandar cuya fórmula es:

$$S^2 = \frac{\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}}{n - 1} \quad \text{y} \quad S = \sqrt{S^2}$$

e) En el MMPI se trabajó con calificaciones T, es decir, con escala intervalar.

f) En las pruebas psicológicas de Frases Incompletas y Pierre Gilles -- Weil, el procedimiento fué semejante al que se utilizó en el MMPI; pero, primero se convirtieron a escalas de intervalo, para ésto se utilizó la fórmula:

$$T = 10 \left(\frac{X - \bar{X}}{\sigma} \right) + 50$$

Así se pudo trabajar con calificaciones de la misma clase que las del -- MMPI. Hubo necesidad de este paso porque Frases Incompletas, es -- una prueba de escala nominal y el Pierre Gilles Weil es una prueba de escala ordinal. En Frases Incompletas en la conversión a calificación "T" la curva era coleada o asimétrica, pero, no fué necesario ni aumentar el número de sujetos ni eliminar las puntuaciones demasiado "desviadas" porque "afortunadamente, ya algunos autores se han adjudicado la tarea de propositivamente, violar las suposiciones del análisis de varianza (Young y Veldman, 1963), así como algunos del análisis de covarianza (Calkins, 1971), encontrando que cuando N no es demasiado pequeña, las violaciones tienen consecuencias insignificantes". (11)

En el MMPI se obtuvo el índice de valor central (media aritmética) del total de las puntuaciones individuales para poder obtener el perfil global de cada grupo, los cuales se presentan en el capítulo de resultados.

Para la obtención de resultados se realizaron los siguientes pasos:

- 1o. - Obtención de los perfiles de las pruebas psicológicas de los grupos.
- 2o. - Comparar los resultados de éstas, obtenidos por los grupos de pacientes del sexo femenino con úlcera contra hernia hiatal.
- 3o. - Comparar los resultados de los dos grupos del sexo masculino ulcerosos V.S. hernia hiatal.
- 4o. - Comparación de los resultados de los pacientes de úlcera femenino VS masculino.

CAPITULO IV
RESULTADOS DEL ESTUDIO

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE PERSONALIDAD MMPI.

SEXO FEMENINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

ESC.	\bar{X}	σ	CODIGO DE WELSH
?	.08	0.28	12'8436'709 - 5/F'L/K:
L	4.33	3.37	
F	12.29	4.24	
K	10.83	3.85	
Hs	23.16	3.34	
D	34.91	4.73	
Hi	32.66	3.39	
Dp	26.16	5.78	
Mf	33.58	4.35	
Pa	14.87	4.97	
Pt	25.62	10.09	
Es	28.66	11.67	
Ma	20.41	3.42	
Si	36.83	9.01	

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

Nombre _____ (letra de molde)

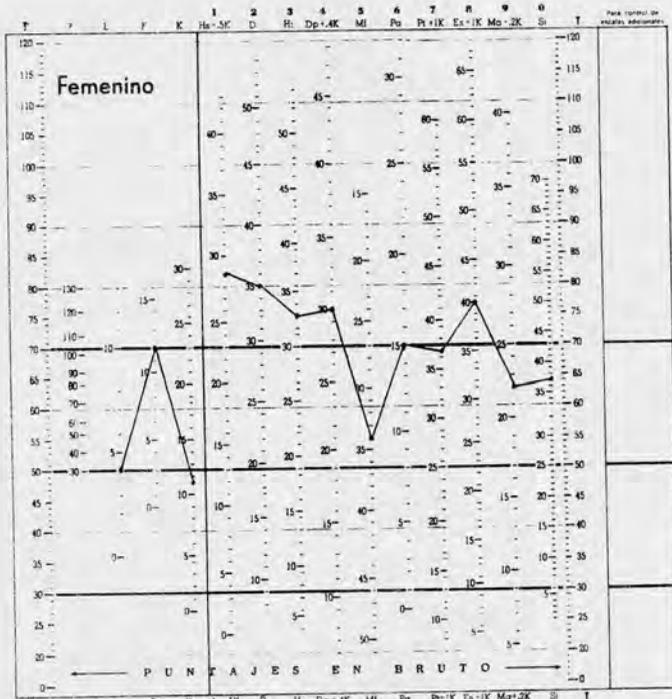
Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos **PERFIL GLOBAL**

PACIENTES CON ULCERA.

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto 0 4 12 11 23 35 33 26 34 15 26 29 20 37
 Agregar factor K 6 4 11 11 2
 Puntaje corregido 29 30 37 40 22

Fracciones 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

n = 24

Código de Welsh:

12''8436'709-5/F'L/K:



Firma _____

Fecha _____

SEXO FEMENINO CON DIAGNOSTICO DE HERNIA HIATAL:

ESC.	\bar{X}	σ	CODIGO DE WELSH
?	0.95	1.54	8'4920761 - 53/F"KL/
L	3.62	2.37	
F	15.83	7.06	
K	12.54	3.48	
Hs	13.45	6.94	
D	27.75	4.60	
Hi	22.83	6.75	
Dp	22.20	5.43	
Mf	32.00	4.22	
Pa	12.62	4.77	
Pt	21.83	9.53	
Es	24.79	12.76	
Ma	21.04	4.79	
Si	39.20	9.76	

F
Femenino

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre _____ (letra de molde)

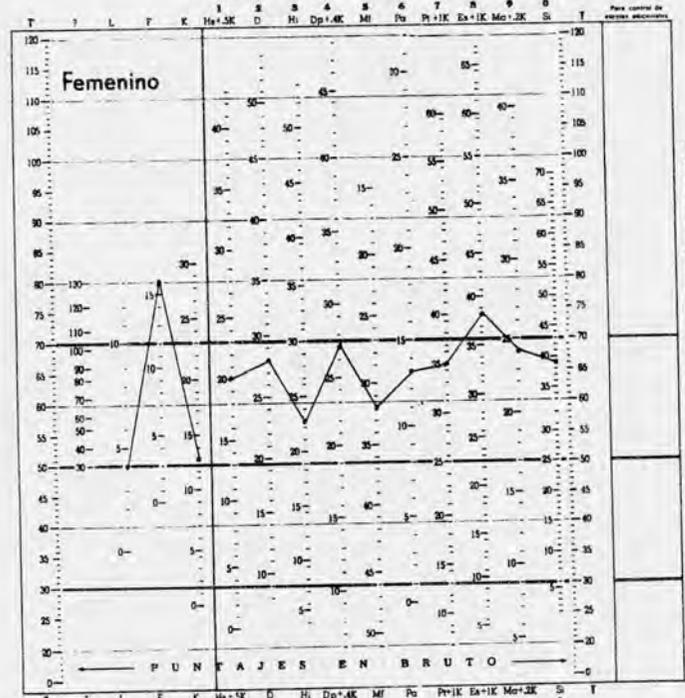
Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos **PERFIL GLOBAL**

PACIENTE CON HERNIA HIATAL

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	1	4	16	13	13	28	23	22	32	13	22	25	21	39	---	---	---
Agregar factor K				7				5			13	13	3		---	---	---
Puntaje corregido				20				27			35	38	24		---	---	---

Fracciones K			
K	S	A	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	1	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

n = 24

Código de Welsh:

8'4920761 - 53/F'KL



Firma _____ Fecha _____

SEXO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

ESC.	\bar{X}	σ	
?	0.50	1.06	1*2'4873'9605 - F'L/K:
L	4.58	2.39	
F	13.75	3.87	
K	11.29	3.83	
Hs	20.83	4.40	
D	32.16	3.55	
Hi	30.12	5.49	
Dp	26.95	5.29	
Mf	26.04	4.09	
Pa	13.20	4.06	
Pt	23.5	8.01	
Es	25.41	8.42	
Ma	21.5	4.53	
Si	35.83	8.84	

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



Nombre _____ (letra de molde)

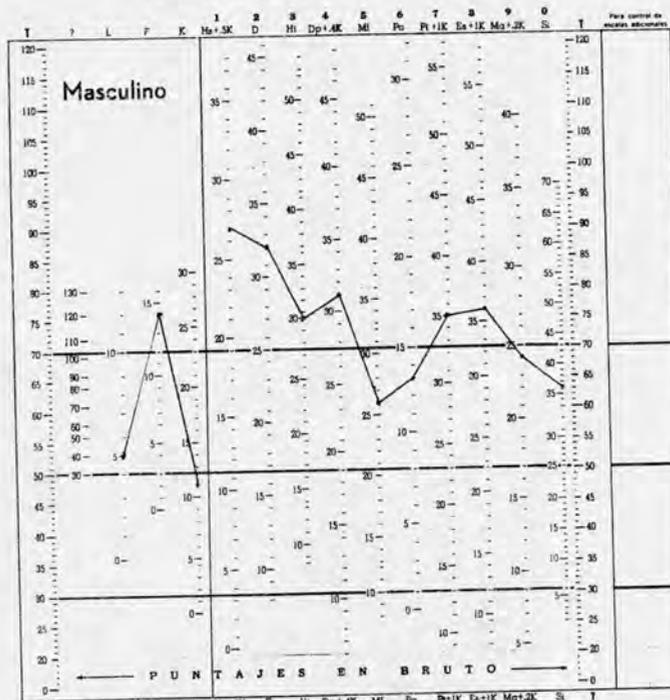
Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos **PERFIL GLOBAL**

PACIENTES CON ULCERA

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	1	5	14	11	21	32	30	27	26	13	24	25	22	36	---	---
Agregar factor K					6			4			11	11	2		---	---
Puntaje corregido					27			31			35	36	24		---	---

Fracciones K			
K	S	A	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

n = 24
 Código de Welsh:
 1*2'4873'9605 - F'L/K:



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

SEXO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE HERNIA HIATAL:

ESC.	\bar{X}	σ	CODIGO DE WELSH
?	0.04	1.48	2'814709 - 356/F'KL/
L	4.25	1.91	
F	12.41	6.10	
K	13.41	3.84	
Hs	10.41	6.22	
D	25.12	7.15	
Hi	20.95	5.04	
Dp	19.00	3.82	
Mf	24.25	4.21	
Pa	9.16	4.56	
Pt	15.54	7.79	
Es	17.87	11.02	
Ma	17.87	3.79	
Si	33.54	9.26	



MM
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre _____ (letra de molde)

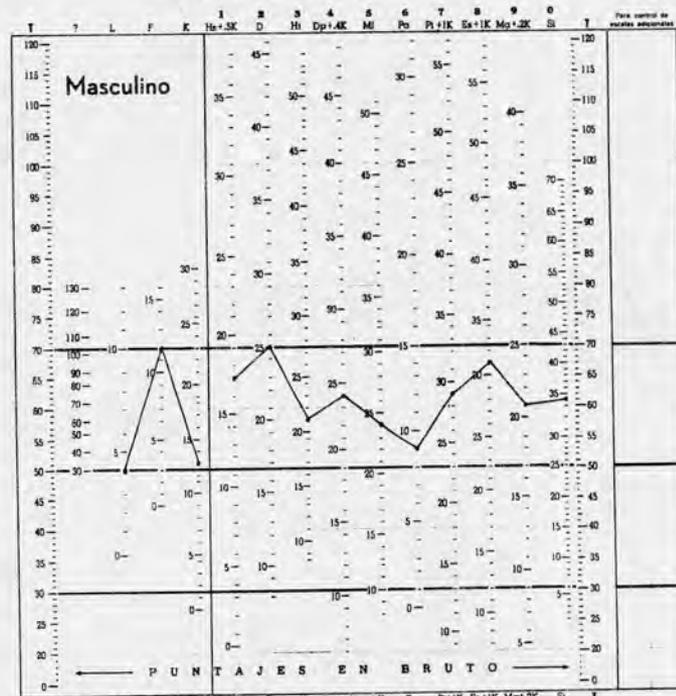
Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos **PERFIL GLOBAL**

PACIENTES CON HERNIA HIATAL

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	1	4	12	13	10	25	21	19	24	9	16	18	18	34	---	---
Agregar factor K					7						13	13	3		---	---
Puntaje corregido					17			24			29	31	21		---	---

NOTAS

n = 24

Código de Welsh:

2'814709 - 356/F'KL/

Fraciones 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



D.R. © 1967, por
El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1943, by
the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS ESTADÍSTICAS

DISEÑO FACTORIAL

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

L FUENTE	g. l.	M.C.	F	
entre sexos	1	48.17	0.66	n. s.
entre diagnósticos	1	77.04	1.05	n. s.
interacción	1	9.38	0.13	n. s.

F FUENTE	g. l.	M.C.	F	
entre sexos	1	98.01	0.75	n. s.
entre diagnósticos	1	29.26	0.22	n. s.
interacción	1	615.09	4.71	*

K FUENTE	g. l.	M.C.	F	
entre sexos	1	40.04	0.85	n. s.
entre diagnósticos	1	315.38	6.66	*
interacción	1	3.38	0.07	n. s.

Hs FUENTE	g. l.	M.C.	F	
entre sexos	1	7.04	0.05	n. s.
entre diagnósticos	1	12927.04	82.82	**
interacción	1	287.04	1.84	n. s.

D				
FUENTE	g.l.	M.C.	F	
entre sexos	1	748.17	5.62	*
entre diagnósticos	1	5642.17	42.38	**
interacción	1	60.17	0.45	n. s.

Hi				
FUENTE	g.l.	M.C.	F	
entre sexos	1	8.16	0.09	n. s.
entre diagnósticos	1	7072.66	77.48	**
interacción	1	2.04	0.02	n. s.

Dp				
FUENTE	g.l.	M.C.	F	
entre sexos	1	165.37	1.13	n. s.
entre diagnósticos	1	4788.37	32.74	**
interacción	1	610.04	4.17	*

Mf				
FUENTE	g.l.	M.C.	F	
entre sexos	1	60.17	0.83	n. s.
entre diagnósticos	1	0.67	0.01	n. s.
interacción	1	266.66	3.66	n. s.

Pa				
FUENTE	g.l.	M.C.	F	
entre sexos	1	1298.01	7.18	**
entre diagnósticos	1	2044.26	11.31	**
interacción	1	162.76	0.90	n. s.

Pt				
FUENTE	g. l.	M.C.	F	
entre sexos	1	570.37	2.12	n. s.
entre diagnósticos	1	3151.04	11.73	**
interacción	1	672.04	2.50	n. s.

Es				
FUENTE	g. l.	M.C.	F	
entre sexos	1	1536.00	4.12	*
entre diagnósticos	1	2773.5	7.44	**
interacción	1	551.04	1.48	n. s.

Ma				
FUENTE	g. l.	M.C.	F	
entre sexos	1	135.38	1.24	n. s.
entre diagnósticos	1	368.17	3.36	n. s.
interacción	1	759.38	6.94	*

Si				
FUENTE	g. l.	M.C.	F	
entre sexos	1	247.04	2.52	n. s.
entre diagnósticos	1	0.38	0.00	n. s.
interacción	1	192.67	1.97	n. s.

COMPARACION ENTRE SEXOS

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

FEMENINO				MASCULINO			t
E	n	\bar{X}	0	n	\bar{X}	0	
L	48	49.58	9.66	48	51.00	7.22	0.81 n.s. M/F
F	48	74.67	12.09	48	72.65	11.11	.85 n.s. F/M
K	48	48.79	6.77	48	50.08	7.33	.89 n.s. M/F
Hs	48	60.50	14.86	48	61.04	19.13	.15 n.s. M/F
D	48	73.25	11.34	48	78.83	15.92	1.97 n.s. M/F
Hi	48	65.94	12.83	48	66.52	12.83	.22 n.s. M/F
Dp	48	62.46	13.82	48	59.83	14.50	.91 n.s. F/M
Mf	48	57.63	8.92	48	59.21	8.28	.90 n.s. M/F
Pa	48	66.65	14.44	48	59.29	13.86	2.54 * F/M
Pt	48	47.67	16.39	48	42.79	18.40	1.37 n.s. F/M
Es	48	56.23	18.33	48	48.23	21.13	1.95 n.s. F/M
Ma	48	59.60	10.40	48	57.23	11.41	1.06 n.s. F/M
Si	48	64.15	9.98	48	60.94	9.82	1.58 n.s. F/M

COMPARACION ENTRE DIAGNOSTICOS

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

ULCERA				HERNIA HIATAL				
E	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	t	
L	48	51.19	9.63	48	49.40	7.22	1.03	n.s. V/H
F	48	73.10	9.53	48	74.21	13.71	0.46	n.s. H/V
K	48	47.63	7.00	48	51.25	6.69	2.58	* H/V
Hs	48	72.38	9.31	48	49.17	15.00	9.07	** V/H
D	48	83.70	9.51	48	68.38	13.69	6.36	** V/H
Hi	48	74.81	8.30	48	57.64	10.49	4.57	** V/H
Dp	48	68.21	12.98	48	54.08	11.59	5.61	** V/H
Mf	48	58.50	8.77	48	58.33	8.52	0.10	n.s. V/H
Pa	48	67.58	13.30	48	58.35	14.42	3.25	** V/H
Pt	48	50.96	16.30	48	39.50	16.92	3.37	** V/H
Es	48	57.60	16.92	48	46.85	22.10	2.67	** V/H
Ma	48	60.38	10.09	48	56.46	11.47	1.77	n.s. V/H
Si	48	62.48	9.41	48	62.60	10.62	0.06	n.s. H/V

COMPARACION DE LOS GRUPOS FEMENINOS CON AMBOS PADECIMIENTOS.

FEMENINO CON ULCERA				FEMENINO CON HERNIA HIATAL			t
E	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
L	24	50.79	11.18	24	48.38	7.91	.88 n.s. FU/FH
F	24	71.58	9.51	24	77.75	13.71	1.85 n.s. FH/FU
K	24	47.17	7.03	24	50.42	6.22	1.73 n.s. FH/FU
Hs	24	70.38	6.78	24	50.63	14.21	6.27 ** FU/FH
D	24	80.13	9.12	24	66.38	9.00	5.37 ** FU/FH
Hi	24	74.66	6.11	24	57.20	11.83	6.56 ** FU/FH
Dp	24	67.00	13.56	24	57.92	12.77	2.43 * FU/FH
Mf	24	56.04	9.03	24	59.21	8.71	1.26 n.s. FH/FU
Pa	24	69.96	14.52	24	63.33	13.88	1.65 n.s. FU/FH
Pt	24	50.75	16.66	24	44.58	15.85	1.34 n.s. FU/FH
Es	24	59.21	17.92	24	53.25	19.61	1.12 n.s. FU/FH
Ma	24	58.75	8.55	24	60.46	12.09	.58 n.s. FH/FU
Si	24	62.67	9.42	24	65.63	10.49	1.05 n.s. FH/FU

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

COMPARACION DE LOS GRUPOS MASCULINOS CON AMBOS PADECIMIENTOS

MASCULINO CON ULCERA				MASCULINO CON HERNIA HIATAL			t
E	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
L	24	51.58	8.01	24	50.42	6.46	.56 n.s. MU/MH
F	24	74.62	8.63	24	70.66	13.02	1.27 n.s. MU/MH
K	24	48.08	7.09	24	52.08	7.16	1.99 n.s. MH/MU
Hs	24	74.38	11.08	24	47.71	15.93	6.87 ** MU/MH
D	24	87.29	8.66	24	70.38	17.13	4.40 ** MU/MH
Hi	24	74.95	10.16	24	58.08	9.17	6.16 ** MU/MH
Dp	24	69.42	12.53	24	50.25	8.99	6.20 ** MU/MH
Mf	24	60.96	7.94	24	57.46	8.40	1.52 n.s. MU/MH
Pa	24	65.21	11.78	24	53.37	13.45	3.32 ** MU/MH
Pt	24	51.17	16.30	24	34.42	16.73	3.59 ** MU/MH
Es	24	56.00	16.08	24	40.46	22.97	2.77 ** MU/MH
Ma	24	62.00	11.37	24	52.46	9.45	3.22 ** MU/MH
Si	24	62.29	9.58	24	59.58	10.06	.97 n.s. MU/MH

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

COMPARACION DE LOS GRUPOS ULCEROSOS CON AMBOS SEXOS.

FEMENINO CON ULCERA				MASCULINO CON ULCERA			t
E	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
L	24	50.79	11.18	24	51.58	8.01	.29 n.s. MU/FU
F	24	71.58	9.51	24	74.62	8.63	1.18 n.s. MU/FU
K	24	47.17	7.03	24	48.08	7.09	.46 n.s. MU/FU
Hs	24	70.38	6.78	24	74.38	11.08	1.54 n.s. MU/FU
D	24	80.13	9.12	24	87.29	8.66	2.84 ** MU/FU
Hi	24	74.66	6.11	24	74.95	10.16	.12 n.s. MU/FU
Dp	24	67.00	13.56	24	69.42	12.53	.66 n.s. MU/FU
Mf	24	56.04	9.03	24	60.96	7.94	2.05 * MU/FU
Pa	24	69.96	14.52	24	65.21	11.78	1.27 n.s. FU/MU
Pt	24	50.75	16.66	24	51.17	16.30	.09 n.s. MU/FU
Es	24	59.21	17.92	24	56.00	16.08	.67 n.s. FU/MU
Ma	24	58.75	8.55	24	62.00	11.37	1.14 n.s. MU/FU
Si	24	62.67	9.42	24	62.29	9.58	.14 n.s. FU/MU

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE HERNIA HIATAL CON AMBOS SEXOS

FEMENINO CON HERNIA HIATAL				MASCULINO CON HERNIA HIATAL			t
E	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
L	24	48.38	7.91	24	50.42	6.46	1.00 n.s. MH/FH
F	24	77.75	13.71	24	70.66	13.02	1.88 n.s. FH/MH
K	24	50.42	6.22	24	52.08	7.16	.87 n.s. MH/FH
Hs	24	50.63	14.21	24	47.71	15.93	.68 n.s. FH/MH
D	24	66.38	9.00	24	70.38	17.13	1.03 n.s. MH/FH
Hi	24	57.20	11.83	24	58.08	9.17	.29 n.s. MH/FH
Dp	24	57.92	12.77	24	50.25	8.99	2.46 * FH/MH
Mf	24	59.21	8.71	24	57.46	8.40	.72 n.s. FH/MH
Pa	24	63.33	13.88	24	53.37	13.45	2.57 * FH/MH
Pt	24	44.58	15.85	24	34.42	16.73	2.20 * FH/MH
Es	24	53.25	19.61	24	40.46	22.97	2.12 * FH/MH
Ma	24	60.46	12.09	24	52.46	9.45	2.61 * FH/MH
Si	24	65.63	10.49	24	59.58	10.06	2.08 * FH/MH

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

COMPARACION DEL GRUPO FEMENINO CON ULCERA VS EL GRUPO MASCULINO CON HERNIA HIATAL.

E	FEMENINO CON ULCERA			MASCULINO CON HERNIA HIATAL			t
	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
L	24	50.79	11.18	24	50.42	6.46	.14 n.s. FU/MH
F	24	71.58	9.51	24	70.66	13.02	.28 n.s. FU/MH
K	24	47.17	7.03	24	52.08	7.16	2.46 * MH/FU
Hs	24	70.38	6.78	24	47.71	15.93	6.55 ** FU/MH
D	24	80.13	9.12	24	70.38	17.13	2.51 * FU/MH
Hi	24	74.66	6.11	24	58.08	9.17	7.54 ** FU/MH
Dp	24	67.00	13.56	24	50.25	8.99	5.14 ** FU/MH
Mf	24	56.04	9.03	24	57.46	8.40	.57 n.s. MH/FU
Pa	24	69.96	14.52	24	53.37	13.45	4.19 ** FU/MH
Pt	24	50.75	16.66	24	34.42	16.73	3.46 ** FU/MH
Es	24	59.21	17.92	24	40.46	22.97	3.22 ** FU/MH
Ma	24	58.75	8.55	24	52.46	9.45	1.12 n.s. FU/MH
Si	24	62.67	9.42	24	59.58	10.06	1.12 n.s. FU/MH

* = $P < .05$

** = $P < .01$

COMPARACION DEL GRUPO MASCULINO CON ULCERA VS EL GRUPO FEMENINO CON HERNIA HIATAL.

MASCULINO CON ULCERA				FEMENINO CON HERNIA HIATAL			t
E	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
L	24	51.58	8.01	24	48.38	7.91	1.42 n.s. MU/FH
F	24	74.62	8.63	24	77.75	13.71	.97 n.s. FH/MU
K	24	48.08	7.09	24	50.42	6.22	1.24 n.s. FH/MU
Hs	24	74.38	11.08	24	50.63	14.21	6.60 ** MU/FH
D	24	87.29	8.66	24	66.38	9.00	8.36 ** MU/FH
Hi	24	74.95	10.16	24	57.20	11.83	5.69 ** MU/FH
Dp	24	69.42	12.53	24	57.92	12.77	3.21 ** MU/FH
Mf	24	60.96	7.94	24	59.21	8.71	.74 n.s. MU/FH
Pa	24	65.21	11.78	24	63.33	13.88	.52 n.s. MU/FH
Pt	24	51.17	16.30	24	44.58	15.85	1.45 n.s. MU/FH
Es	24	56.00	16.08	24	53.25	19.61	.54 n.s. MU/FH
Ma	24	62.00	11.37	24	60.46	12.09	.46 n.s. MU/FH
Si	24	62.29	9.58	24	65.63	10.49	1.18 n.s. FH/MU

* = $P < .05$

** = $P < .01$

En las escalas del MMPI cuyo nivel de significancia fué $P < .05$ ó $P < .01$, en el Diseño Factorial, en sexo y diagnóstico ó en interacción se llevó a cabo, para verificar datos, la Prueba Estadística llamada Prueba de Rangos de Duncan.

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE RANGOS DE DUNCAN.

E	GRUPOS					
	1 - 2	1 - 3	1 - 4	2 - 3	2 - 4	3 - 4
F	0.91 n.s.	3.96 n.s.	7.08 n.s.	3.05 n.s.	6.17 n.s.	3.12 n.s.
D	7.16 *	16.92 **	20.82 **	9.76 **	13.75 **	4.00 n.s.
Dp	7.67 *	16.75 **	19.17 **	9.08 **	11.50 **	2.42 n.s.
Pa	4.75 n.s.	6.63 *	16.59 **	1.88 n.s.	11.84 **	9.96 **
Es	12.79 *	15.54 **	18.75 **	2.75 n.s.	5.96 n.s.	3.21 n.s.
Ma	6.29 *	8.00 *	9.54 **	1.71 n.s.	3.25 n.s.	1.54 n.s.

* = $P < .05$

** = $P < .01$

SINTESIS COMPARATIVO CON NIVELES DE SIGNIFICACION.

MMPI

E	M	F	U	H	INTERACCION		n.s.	.05	.01	Sig.
	U-H	U-H	M-F	M-F	MU-FH	FU-MH				
L	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	6	0	0	0
F	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	6	0	0	0
K	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.05	5	1	0	1
Hs	.01	.01	n.s.	n.s.	.01	.01	2	0	4	4
D	.01	.01	.01	n.s.	.01	.05	1	1	4	5
Hi	.01	.01	n.s.	n.s.	.01	.01	2	0	4	4
Dp	.01	.05	n.s.	.05	.01	.01	1	2	3	5
Mf	n.s.	n.s.	.05	n.s.	n.s.	n.s.	5	1	0	1
Pa	.01	n.s.	n.s.	.05	n.s.	.01	3	1	2	3
Pt	.01	n.s.	n.s.	.05	n.s.	.01	3	1	2	3
Es	.01	n.s.	n.s.	.05	n.s.	.01	3	1	2	3
Ma	.01	n.s.	n.s.	.05	n.s.	.05	3	2	1	3
Si	n.s.	n.s.	n.s.	.05	n.s.	n.s.	5	1	0	1
n.s.	5	9	11	7	9	4	45			
.05	0	1	1	6	0	3		11		
.01	8	3	1	0	4	6			22	
Sig.	8	4	2	6	4	9				33

U = Ulcera

H = Hernia Hialal

RESULTADOS DE LA PRUEBA PROYECTIVA FRASES INCOMPLETAS DE SACKS

SEXO FEMENINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

AREA	\bar{X}	D.E.
FAMILIAR	9.46	7.51
SEXUAL	9.58	5.12
RELACIONES INTERPERSONALES	6.58	9.51
CONCEPTO DE SI MISMO	31.71	12.44
ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD	16.88	14.26

SEXO FEMENINO CON DIAGNOSTICO DE HERNIA HIATAL:

AREA	\bar{X}	D.E.
FAMILIAR	6.50	4.79
SEXUAL	4.83	4.30
RELACIONES INTERPERSONALES	10.79	9.84
CONCEPTO DE SI MISMO	17.38	13.54
ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD	14.33	14.04

SEXO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

AREA	\bar{X}	D.E.
FAMILIAR	10.42	8.64
SEXUAL	9.17	5.75
RELACIONES INTERPERSONALES	14.75	9.67
CONCEPTO DE SI MISMO	34.13	14.93
ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD	26.96	14.46

SEXO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE HERNIA HIATAL:

AREA	\bar{X}	D.E.
FAMILIAR	5.17	3.84
SEXUAL	3.21	3.06
RELACIONES INTERPERSONALES	7.58	7.04
CONCEPTO DE SI MISMO	10.21	9.44
ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD	11.75	11.28

DISEÑO FACTORIAL

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

AREA FAMILIAR				
FUENTE	g.l.	M.C.	F	
entre sexos	1	2.34	0.02	n.s.
entre diagnósticos	1	846.09	9.06	**
interacción	1	65.01	0.69	n.s.

AREA SEXUAL				
FUENTE	g.l.	M.C.	F	
entre sexos	1	96.00	1.26	n.s.
entre diagnósticos	1	2360.17	31.04	**
interacción	1	24.00	0.32	n.s.

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES				
FUENTE	g.l.	M.C.	F	
entre sexos	1	147.51	1.64	n.s.
entre diagnósticos	1	61.76	0.69	n.s.
interacción	1	846.09	9.43	**

AREA: CONCEPTO DE SI MISMO				
FUENTE	g.l.	M.C.	F	
entre sexos	1	54.00	0.84	n.s.
entre diagnósticos	1	3384.36	53.14	**
interacción	1	222.04	3.49	n.s.

AREA: ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD				
FUENTE	g.l.	M.C.	F	
entre sexos	1	173.34	2.03	n.s.
entre diagnósticos	1	846.09	9.93	**
interacción	1	412.51	4.84	*

COMPARACION ENTRE SEXOS

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

FEMENINO				MASCULINO			t
AREA	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
FAMILIAR	48	50.19	9.51	48	49.88	10.57	0.15 n.s. F/M
SEXUAL	48	51.08	9.84	48	49.08	10.14	0.98 n.s. F/M
RELACIONES INTERPERS.	48	48.96	10.23	48	51.44	9.51	1.23 n.s. M/F
CONCEPTO DE SI MISMO	48	50.75	9.18	48	49.25	10.82	0.73 n.s. F/M
ACTITUD ENFERMEDAD	48	48.77	9.58	48	51.46	10.10	1.33 n.s. M/F

COMPARACION ENTRE DIAGNOSTICOS

ULCERA				HERNIA HIATAL			t
AREA	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
FAMILIAR	48	53.00	11.90	48	47.06	6.52	3.03 ** U/H
SEXUAL	48	55.04	10.09	48	45.13	7.04	5.57 ** U/H
RELACIONES INTERPERS.	48	51.00	10.80	48	49.39	8.96	0.79 n.s. U/H
CONCEPTO DE SI MISMO	48	55.94	8.60	48	44.06	7.53	0.60 n.s. U/H
ACTITUD ENFERMEDAD	48	53.08	10.26	48	47.15	8.61	3.06 ** U/H

COMPARACION DE LOS GRUPOS FEMENINOS CON AMBOS PADECI-
MIENTOS.

FEMENINO CON ULCERA			FEMENINO CON HERNIA HIATAL			t	
AREA	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}		σ
FAMILIAR	24	52.33	11.12	24	48.04	7.18	1.62 n.s.FU/FH
SEXUAL	24	55.54	9.56	24	46.63	8.07	3.56 ** FU/FH
RELACIONES INTERPERS.	24	46.79	9.92	24	51.13	10.28	1.52 n.s.FH/FU
CONCEPTO DE SI MISMO.	24	55.17	7.79	24	46.33	8.41	3.86 ** FU/FH
ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD	24	49.67	9.69	24	47.88	9.59	0.66 n.s.FU/FH

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

COMPARACION DE LOS GRUPOS MASCULINOS CON AMBOS PADECIMIENTOS.

AREA	MASCULINO CON ULCERA			MASCULINO CON HERNIA HIATAL			t
	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
FAMILIAR	24	53.67	12.84	24	46.08	5.79	2.69 ** MU/MH
SEXUAL	24	54.54	10.79	24	43.63	5.60	4.49 ** MU/MH
RELACIONES INTERPERS.	24	55.21	10.14	24	47.67	7.23	3.03 ** MU/MH
CONCEPTO DE SI MISMO	24	56.71	9.43	24	41.79	5.85	6.72 ** MU/MH
ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD	24	56.50	9.84	24	46.42	7.64	4.05 ** MU/MH

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

COMPARACION DE LOS GRUPOS ULCEROSOS CON AMBOS SEXOS.

AREA	FEMENINO CON ULCERA			MASCULINO CON ULCERA			t
	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
FAMILIAR	24	52.33	11.12	24	53.67	12.84	0.39 n.s. MU/FU
SEXUAL	24	55.54	9.56	24	54.54	10.79	0.35 n.s. FU/MU
RELACIONES INTERPERS.	24	46.79	9.92	24	55.21	10.14	2.96 ** MU/FU
CONCEPTO DE SI MISMO	24	55.17	7.79	24	56.71	9.43	0.63 n.s. MU/FU
ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD	24	49.67	9.69	24	56.50	9.84	2.47 * MU/FU

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

COMPARACION DE LOS GRUPOS DE HERNIA HIATAL CON AMBOS SEXOS.

AREA	FEMENINO CON HERNIA HIATAL			MASCULINO CON HERNIA HIATAL			t
	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
FAMILIAR	24	48.04	7.18	24	46.08	5.79	1.07 n.s.FH/MH
SEXUAL	24	46.63	8.07	24	43.63	5.60	1.53 n.s.FH/MH
RELACIONES INTERPERS.	24	51.13	10.28	24	47.67	7.23	1.38 n.s.FH/MH
CONCEPTO DE SI MISMO	24	46.33	8.41	24	41.79	5.85	2.21 * FH/MH
ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD	24	47.88	9.59	24	46.42	7.64	0.60 n.s.FH/MH

* = $P < .05$

** = $P < .01$

COMPARACION DEL GRUPO FEMENINO CON ULCERA VS EL GRUPO MASCULINO CON HERNIA HIATAL.

AREA	FEMENINO CON ULCERA			MASCULINO CON HERNIA HIATAL			t
	n	\bar{x}	σ	n	\bar{x}	σ	
FAMILIAR	24	52.33	11.12	24	46.08	5.79	2.49 * FU/MH
SEXUAL	24	55.54	9.56	24	43.63	5.60	5.36 ** FU/MH
RELACIONES INTERPERS.	24	46.79	9.92	24	47.67	7.23	0.36 n.s. MH/FU
CONCEPTO DE SI MISMO	24	55.17	7.79	24	41.79	5.85	6.86 ** FU/MH
ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD	24	49.67	9.69	24	46.42	7.64	1.32 n.s. FU/MH

* = $P < .05$

** = $P < .01$

COMPARACION DEL GRUPO MASCULINO CON ULCERA VS EL GRUPO FEMENINO CON HERNIA HIATAL.

MASCULINO CON ULCERA				FEMENINO CON HERNIA HIATAL			t
AREA	n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
FAMILIAR	24	53.67	12.84	24	48.04	7.18	1.91 n.s. MU/FH
SEXUAL	24	54.54	10.79	24	46.63	8.07	2.94 ** MU/FH
RELACIONES INTERPERS.	24	55.21	10.14	24	51.13	10.28	1.41 n.s. MU/FH
CONCEPTO DE SI MISMO	24	56.71	9.43	24	46.33	8.41	4.10 ** MU/FH
ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD	24	56.50	9.84	24	47.88	9.59	3.13 ** MU/FH

* = $P < .05$

** = $P < .01$

En las áreas de Frases Incompletas de Sacks cuyo nivel de significancia fué $P < .05$ ó $P < .01$, en el Diseño Factorial, en interacción, se llevó a cabo, para verificar datos, la prueba estadística Prueba de Rangos de Duncan.

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE RANGOS DE DUNCAN:

$P < .05 = *$

$P < .01 = **$

		GRUPOS					
A	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4	
3	0.88 n.s.	4.34 n.s.	8.42 **	3.46 n.s.	7.54 **	4.08 n.s.	
5	1.46 n.s.	3.25 n.s.	10.08 **	1.79 n.s.	8.62 **	6.83 *	

A = AREA

3 = AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES

5 = AREA ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD

SINTESIS COMPARATIVO CON NIVELES DE SIGNIFICACION
FRASES INCOMPLETAS DE SACKS

A	M		F		U		H		INTERACCION		n. s.	.05	.01	Sig.
	U-H	U-H	M-F	M-F	MU-FH	FU-MH								
1	.01	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	.05	4	1	1	2				
2	.01	.01	n. s.	n. s.	.01	.01	2	0	4	4				
3	.01	n. s.	.01	n. s.	n. s.	n. s.	4	0	2	2				
4	.01	.01	n. s.	.05	.01	.01	1	1	4	5				
5	.01	n. s.	.05	n. s.	.01	n. s.	3	1	2	3				
n. s.	0	3	3	4	2	2	14							
.05	0	0	1	1	0	1	3							
.01	5	2	1	0	3	2	13							
Sig.	5	2	2	1	3	3	16							

U = Ulcera

H = Hernia Hiatal

1 = Area Familiar

2 = Area Sexual

3 = Area de Relaciones Interpersonales

4 = Area del Concepto de Sí Mismo

5 = Area Actitud hacia su Enfermedad

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE INTELIGENCIA NO VERBAL
PIERRE GILLES WEIL

SEXO FEMENINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

n	SUMA DE PUNTOS	\bar{X}	σ	n	SUMA DE PERCENTIL	\bar{X}	σ	DIAGNOSTICO
24	870	36.25	8.12	24	1250	52.08	25.02	Término medio Inferior

SEXO FEMENINO CON DIAGNOSTICO DE HERNIA HIATAL:

n	SUMA DE PUNTOS	\bar{X}	σ	n	SUMA DE PERCENTIL	\bar{X}	σ	DIAGNOSTICO
24	804	33.50	5.56	24	1020	42.50	19.78	Inferior al Término Medio

SEXO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

n	SUMA DE PUNTOS	\bar{X}	σ	n	SUMA DE PERCENTIL	\bar{X}	σ	DIAGNOSTICO
24	935	38.95	6.84	24	1350	56.25	21.23	Término medio Inferior

SEXO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE HERNIA HIATAL:

n	SUMA DE PUNTOS	\bar{X}	σ	n	SUMA DE PERCENTIL	\bar{X}	σ	DIAGNOSTICO
24	863	35.95	5.20		1250	52.08	18.88	Término medio Inferior

DISEÑO FACTORIAL

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

PUNTOS FUENTE	g.l.	M.C.	F
entre sexos	1	360.36	3.77 n.s.
entre diagnósticos	1	450.66	4.72 *
interacción	1	0.38	0.00 n.s.

COMPARACION ENTRE SEXOS

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

FEMENINO			MASCULINO			t
n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
48	48.06	10.52	48	51.94	9.27	1.91 n.s. M/F

COMPARACION ENTRE DIAGNOSTICOS

ULCERA			HERNIA HIATAL			t
n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
48	52.17	11.25	48	47.83	8.25	2.15 * V/H

COMPARACION DE LOS GRUPOS FEMENINOS CON AMBOS PADECI-
MIENTOS.

* = $P < .05$

** = $P < .01$

FEMENINO CON ULCERA			FEMENINO CON HERNIA HIATAL			t
n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
24	50.17	12.13	24	45.96	8.35	1.43 n.s. FU/FH

COMPARACION DE LOS GRUPOS MASCULINOS CON AMBOS PADECI-
MIENTOS.

MASCULINO CON ULCERA			MASCULINO CON HERNIA HIATAL			t
n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
24	54.17	10.16	24	49.71	7.87	1.74 n.s. MU/MH

COMPARACION DEL GRUPO FEMENINO CON ULCERA VS EL GRUPO MASCULINO CON HERNIA HIATAL.

* = $P < .05$

** = $P < .01$

FEMENINO CON ULCERA			MASCULINO CON HERNIA HIATAL			t
n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
24	50.17	12.13	24	49.71	7.87	0.16 n.s. FU/MH

COMPARACION DEL GRUPO MASCULINO CON ULCERA VS EL GRUPO FEMENINO CON HERNIA HIATAL.

MASCULINO CON ULCERA			FEMENINO CON HERNIA HIATAL			t
n	\bar{X}	σ	n	\bar{X}	σ	
24	54.17	10.16	24	45.96	8.35	3.12 ** MU/FH

SINTESIS COMPARATIVO CON NIVELES DE SIGNIFICACION.

PIERRE GILLES WEIL

	M	F	U	H	INTERACCION		n.s.	.05	.01	Sig.
	U-H	U-H	M-F	M-F	MU-FH	FU-MH				
PTS.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.01	n.s.	5	0	1	1
n.s.	1	1	1	1	0	1	5			
.05	0	0	0	0	0	0		0		
.01	0	0	0	0	1	0			1	
Sig.	0	0	0	0	1	0				1

U = Ulcera

H = Hernia Hiatal

DESCRIPCION E INTERPRETACION DE LOS PERFILES DEL MMPI.

Las codificaciones según el sistema de Welsh son las siguientes:

GRUPO FEMENINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

12'8436'709-5/F'L/K:

GRUPO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

1*2'4873'9605-F'L/K:

En los perfiles clínicos de los grupos con hernia hiatal sólo una escala de cada perfil por sexo se encuentra arriba de T 70.

GRUPO FEMENINO CON DIAGNOSTICO DE HERNIA HIATAL:

8'4920761-53/F''KL/

GRUPO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE HERNIA HIATAL:

2'814709-356/F''KL/

- a) La configuración de los perfiles es similar sólo en las escalas de validez, en cuanto a las escalas clínicas los perfiles son diferentes, siendo los del grupo masculino ulceroso, los puntajes más altos, sitúandose después de éstos el grupo femenino de ulcerosas. Las escalas clínicas de los MMPI del grupo femenino y -- masculino con hernia hiatal son similares entre sí.
- b) En cuanto a las escalas de validez, se observa que los resultados de la prueba son válidos, los sujetos trataron de responder verazmente siguiendo las instrucciones; aunque es importante señalar que se presenta la configuración conocida como "llamada de auxilio" y es importante señalar también que ha habido una probable exageración de síntomas, por otro lado los puntajes elevados de la escala F pueden obedecer también a la escolaridad y nivel socio-económico de la muestra.

- c) La elevación de la escala F, sobre todo en mujeres con hernia hiatal T 80 y en hombres con úlcera T 75 indican que los sujetos --tratan de solicitar ayuda ya que se enfrentan a un posible cuadro de perturbaciones emocionales, aceptan sus debilidades y dificultades y es probable que exageren sus síntomas como una forma de llamar la atención y obtener ayuda. En los cuatro grupos, (femenino y masculino con úlcera y femenino y masculino con hernia hiatal), en la escala L no hubo diferencia significativa, los sujetos contestaron en forma promedio como lo hace la muestra original.
- d) En la escala K hubo diferencia significativa a un nivel alfa (.05), teniendo el grupo de ulcerosos puntajes más bajos en esta escala que los puntajes obtenidos por el grupo con hernia hiatal, así como una diferencia significativa de .05 entre el grupo femenino --ulceroso y el grupo masculino con hernia hiatal, siendo del primer grupo el puntaje más bajo.
- e) Como se mencionó anteriormente la configuración de las escalas clínicas son diferentes, siendo las más patológicas las de los dos grupos con diagnóstico de úlcera

GRUPO FEMENINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

El perfil podemos considerarlo como válido, los sujetos de la muestra contestaron con un buen nivel de adecuación a las instrucciones, --aunque es importante señalar que manifestaron utilizar defensas --neuróticas que están controlando la manifestación de un cuadro psicótico por lo que se puede decir que las pacientes se encuentran en un estado limitrofe; es muy probable que las examinadas presentan un cuadro de fragilidad debido a que sus defensas son inadecuadas o insuficientes y no obtienen buenos resultados. A esto se debe que el perfil presente la configuración conocida como "llamada de auxilio", esta configuración puede deberse a un intento de exageración de sus problemas donde la persona se está colocando en una posición de sobreaceptación de síntomas con el propósito de obtener ayuda. Tam--

bién es probable que esta elevación de la escala F se deba al nivel socioeconómico y escolar de la muestra.

La interpretación de las escalas clínicas de los MMPI se basó en el siguiente cuadro:



Las mujeres ulcerosas manifestaron un autoconcepto inadecuado, además se encontraron puntuaciones T de las escalas 1 y 2 en 82 y 80 respectivamente, que son escalas controladoras e intrapunitivas; por lo tanto es indicativo de que las examinadas con sus trastornos psicofisiológicos tratan de calmar sus sentimientos de culpa, buscan dar lástima, ser compadecidas por los demás y sobre todo evitan, inconscientemente, la aparición de un cuadro psicopatológico más grave, -- por ejemplo, del tipo psicótico. Como presentan un cuadro depresivo ésto les impide llevar a cabo su actividad psicológica con lo que probablemente evaden, inconscientemente, responsabilidades y se escudan en su serie de quejas físicas, con sus somatizaciones, es decir, al estar constantemente "enfermas", no se les puede exigir que cumplan

con todas sus responsabilidades y lo poco que realizan es de "admirarse", debido al gran esfuerzo que hacen por cumplir con sus obligaciones. El conflicto que les produce las responsabilidades las hace dependientes; además para evadir dichas responsabilidades prefieren aislarse, evitan involucrarse emocionalmente, tienden a la introversión a refugiarse en sus fantasías, para evitar la ansiedad, esto se corrobora con la escala 8 que en este caso el puntaje obtenido es alto. La escala 4 con calificación T 75, nos indica que las examinadas son impulsivas, presentan resentimiento debido a que se sienten limitadas por su medio ambiente; este reconocimiento y agresión lo reprimen, no son capaces de canalizarlo adecuadamente hacia fuera por eso se convierte esta actitud de represión en una conducta intrapunitiva la que queda al descubierto en las constantes quejas físicas. Estas personas debido a su depresión, a sus trastornos psicofisiológicos, a sus rasgos esquizoides, a su resentimiento, a su inadecuado manejo de la agresión, etc., no pueden llevar a cabo la actividad psicológica necesaria por lo tanto, aunque pueden poseer metas no obtienen logros. Son personas con una personalidad agresiva pero, del tipo pasivo.

La configuración de estas mujeres presenta como característica importante una marcada elevación de la escala 1 (Hs), los manuales señalan que en pacientes hospitalizados se encuentran elevaciones importantes en esta escala como consecuencia natural del cuadro físico por el que están hospitalizadas, sin embargo en esta muestra es importante contrastarla con la elevación de la escala 1 de el grupo con hernia hiatal, que también se encontraban hospitalizadas pero, sus elevaciones de la escala 1 son mucho menores. Del mismo modo, sucede con la escala 3 (Hi), en esta escala las pacientes han endosado selectivamente los reactivos que se refieren a quejas somáticas, ésto es congruente en ambos grupos, donde se presenta elevada la "tríada neurótica" que clínicamente, en este caso, se interpretó como un evidente componente neurótico de preocupación somática y reacciones histéricas de tipo conversivo. Otra característica relevante de estos perfiles es la presencia de la escala 4 (Dp) que parece significar en estos perfiles problemas de hostilidad que en este caso no se expresan en forma directa sino que más bien tienen la modalidad de personalidad pasiva-agresiva, donde son evidentes el resentimiento, la hostilidad que se

presenta en forma de acting out o cuando la agresión se expresa en forma directa niegan la intención de la hostilidad. Esta está controlada por la escala 3 (Hi), ya que es un factor supresor de la manifestación directa de la hostilidad.

Además en el caso del perfil de las mujeres con úlcera hay que mencionar que la escala 5 (Mf) es la más baja de todas las escalas clínicas que en su combinación con la 3 y la 4 refuerza la situación del cuadro de agresión pasiva remarcándolo con actitudes de dependencia, aparente sumisión y un patrón que se caracterizaría mucho de tendencia masoquista. Son evidentes en estos casos las dificultades maritales que tienen mucho de su origen en problemas en el área sexual, muchas de estas mujeres se quejan de que sus maridos le son infieles en el matrimonio pero, ellas demuestran falta de apetito sexual, en un porcentaje muy alto, son frías y generalmente rechazantes del marido; hay que señalar que las características neuróticas de tipo histérico contribuyen a que no se dé insight en cuanto el origen y las manifestaciones de su conducta, existen dificultades en relación a las figuras de autoridad y una pobre capacidad para establecer relaciones interpersonales siendo gentes retraídas, silenciosas, hostiles hacia los demás; mucho de este patrón se asemeja a las características de desajuste emocional que algunas mujeres presentan en su etapa menopáusica.

Los datos obtenidos tanto en la entrevista como en pruebas son muy semejantes, ya que este grupo presentó un evidente elemento psicossomático acompañado de un desorden de la personalidad. Debido a los disturbios en el desarrollo emocional estas personas son incapaces de mantener el equilibrio emocional e independiente cuando se enfrentan a situaciones de mayor tensión; este comportamiento puede ser una reacción regresiva provocada por el stress, el cual probablemente se debe al medio ambiente o a un factor endopsíquico. Este grupo de examinadas muestran quejas físicas, sobre todo en el aparato digestivo, manifiestan irritabilidad, suspicacia, quejas de debilidad y cansancio, tensión, insomnio, inseguridad en las relaciones sociales, dolor de cabeza, depresión, ansiedad, retraimiento, indecisión, desconfiadas de sus capacidades, dificultad en las relaciones con el sexo opuesto, presentan náuseas, vómitos. Otra característica de esta muestra de

pacientes es que presentaron tendencia al alcoholismo manifestando, - al estar en estado alcohólico, hostilidad y agresión. Las características de las familias de las que provienen estas pacientes son similares, son familias numerosas, desintegradas, generalmente debido al abandono del padre, por muerte de alguno de los progenitores o ausencia (madre soltera), durante su niñez, de las pacientes, carecieron de lo más indispensable como: alimento, atención de los padres, preparación académica, adecuada autoestima; fueron niñas golpeadas frecuentemente, las pusieron a trabajar a edad temprana. Las pacientes consideran que eran humilladas, ya que sus padres eran arbitrarios, y no las querían; los padres de las pacientes tenían pleitos delante de ellas y se gritaban y golpeaban, el padre tenía amante, era alcohólico, la madre de las examinadas evadían responsabilidades culpando de todo al padre, hablaban mal de ellos con los hijos.

Las pacientes son mujeres inconformes, demandantes, insatisfechas en las relaciones sexuales, pero, no exigían "porque el hombre es el que debe decir cuando", baja tolerancia a la frustración, aún en el -- hospital estas mujeres eran demandantes, por lo que provocaban problemas, son impulsivas, muchas de las pacientes mencionaron que -- desearían morirse pero que no se mataban porque era pecado.

GRUPO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

Es un perfil válido, en donde los sujetos manifiestan sentimientos de autodevaluación. Los examinados se encuentran en un estado de borderline o limitrofe, ya que se encuentran presentes factores neuróticos y psicóticos, siendo los primeros los que controlan la aparición de una franca manifestación de los segundos y aún así presentan un cuadro de perturbación emocional agudo. Las escalas de validez señalan una elevación mayor de la escala F que en el caso de las mujeres, -- probablemente debido a que en este caso hay una mayor evidencia de una situación de angustia que en este caso no queda del todo encubierta por el síntoma físico, estos hombres adicionalmente lo dicho para -- las mujeres (con excepción de lo que se refiere a la menopausia), - - muestran un razgo de carácter obsesivo aunados a ansiedad, miedos, algunas fobias, una actitud introspectiva de tipo morbido y marcada --

preocupación obsesiva sobre sus síntomas, en este caso el cuadro de síntomas físicos no tiene la efectividad que parece tener en las mujeres para controlar manifestaciones abiertamente neuróticas en estos sujetos; el perfil se asemeja en ambos casos al de pacientes limítrofes que están en una fase temprana de un cuadro psicótico y en especial una recomendación importante sería determinar en forma individual de los pacientes hombres y mujeres de la muestra, la posibilidad de un cuadro paranoide.

Los hombres ulcerosos del presente estudio, manifiestan tener un autoconcepto pobre. La elevación de las escalas 1 y 2 indican que los sujetos estudiados poseen sentimientos de culpa, de desesperanza, son pesimistas, lentos en el proceso del pensamiento y la acción, lo que les impide llevar a cabo una actividad psicológica normal. El patrón neurótico de la hipocondriasis que presentan estos pacientes, lo utilizan inconscientemente para causar lástima, autocompasión y es una forma de tranquilizar sus sentimientos de culpa por no cumplir con sus obligaciones, es decir que sus trastornos psicofisiológicos les proporciona la oportunidad de evadir responsabilidades, ser "necesariamente" dependientes aunque ellos afirmen lo contrario y se "esfuerzen" por demostrar que son autosuficientes. Y es precisamente esta tendencia a la dependencia, a la pasividad lo que les provoca el conflicto de la ansiedad. Las características de las escalas 1 y 2 controlan o impiden que los pacientes exterioricen su resentimiento, su agresión y lo reprimen, además son sujetos incapaces de beneficiarse de la experiencia, convirtiéndose esta actitud en una conducta intrapunitiva, lo que se manifiesta en la serie de síntomas físicos; éstos provocan que los examinados tiendan al aislamiento, a apartarse de los demás para poder mover su mundo interno (fantasías), evitando así la aparición de la ansiedad, tensión.

Los ulcerosos utilizan los síntomas físicos para llamar la atención de los demás; evaden responsabilidades por medio del comportamiento infantil y no se involucran emocionalmente pero, obtienen ganancias secundarias, gracias a sus "enfermedades", ya que "trata" de valerse por sí mismo a pesar de su impedimento lo que les atrae la simpatía de la gente que los rodean. Como los sujetos no aprenden de las experiencias dolorosas fácilmente vuelven a encontrarse ante situaciones que

les provoca exceso de angustia y tensión, lo que les puede producir algunas fobias. Los hombres ulcerosos, del presente estudio, se fijan metas pero, debido a su cuadro depresivo, el patrón neurótico de hipocondriasis, su dependencia, su inadecuado manejo de la agresión no son capaces de desarrollar la actividad psicológica necesaria para llevar a cabo sus logros, por lo tanto se puede pensar que estos sujetos poseen personalidad agresiva-pasiva.

Los hombres de esta muestra presentan numerosas quejas físicas centradas en el aparato digestivo, también manifiestan debilidad y cansancio. En algunos casos, la esquizofrenia, está directamente relacionada con problemas de salud y éstos pueden encubrir el padecimiento. — Estos sujetos constantemente manifiestan pobre capacidad para manejar las relaciones heterosexuales, depresión, irritabilidad, retraimiento, aislamiento, se muestran preocupados por los aspectos somáticos y no aceptan que sus problemas se deban a causas psicológicas, también manifiestan mayor ansiedad y tensión, carecen de insight en cuanto a la motivación de su conducta, son dependientes pasivos y el manejo de la ansiedad es de tipo "internalizado", algunos pacientes, de este estudio, manifestaron pensamientos suicidas, sentimientos de irrealidad, son sujetos hostiles con la presencia del alcoholismo, presentan anorexia, vómitos, náuseas. Es muy probable que la depresión sea reactiva; estos sujetos pueden presentar problemas psicopáticos ya que se manifiestan ciclos de violencia y culpa exagerada; también se encontraron, en esta muestra, elementos esquizoides como apatía, indiferencia y estado de confusión. La culpa y autodepreciación no son sinceras ni convincentes. Los hombres de esta muestra presentan un patrón de conducta prepsicótica la cual puede ser encubierta por la hipocondriasis. Este grupo de personas son renuentes al tratamiento psicoterapéutico debido a su problemática, y el pronóstico a largo plazo es pobre.

Por medio de la entrevista se confirmó que los pacientes con esta configuración presentan en sus historias que provienen de familias desintegradas, son sujetos con poca escolaridad, en este caso, le pegan a sus esposas, tienen relaciones sexuales fuera del matrimonio y son dependientes, lo que se manifiesta claramente en que después de casados siguen viviendo con la madre, lo que les acarrea problemas en sus vidas matrimoniales, todos los sujetos casados tuvieron dificultades du

rante el noviazgo, ya que primero embarazaron a la novia por lo que -- los obligaron a casarse, como padres son arbitrarios y golpean constantemente a sus hijos, siendo éstos numerosos (8, 12 hijos), por lo que carecen de la atención necesaria; los sujetos tienen problemas económicos y lo poco que ganan generalmente se lo acaban en la bebida, los padres de los examinados también son alcohólicos y niegan serlo. La niñez de los pacientes es semejante a la de sus hijos, es decir, fueron salvajemente golpeados por los padres, no tenían buena alimentación, desde pequeños trabajaban, no tuvieron atención médica y los enseñaron a creer que cuantas más mujeres tuvieran eran más hombres y -- ésta es su justificación para tener relaciones sexuales extramatrimoniales y golpear a la esposa si protesta; consideran a la madre como -- "mantenida", muchos de los pacientes tenían la misma opinión pero, decían que tenían que mantenerlas porque era su obligación aunque estuvieran a disgusto y reprimieran su agresión, hacia la madre, dicha agresión no la reconocen en cuanto a su intención hostil. Esta -- muestra presentó los problemas que concuerdan con la descripción -- que los manuales hacen de esta configuración.

GRUPOS FEMENINO Y MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE HERNIA HIATAL:

Las escalas de validez, de estos dos grupos, son similares; la mayor -- elevación en las mujeres probablemente se debe a la condición que estas mujeres guardan dentro de su grupo (ya que consideran que es -- normal el que sufran por ser mujeres), indica llamada de auxilio y probablemente el factor que contribuye mayormente a esta configuración es la escolaridad y el status económico. Las escalas clínicas en el grupo de los hombres están todas por debajo de T 70 lo que en primer nivel habla de la ausencia de psicopatología grave, en el caso de las mujeres solo la escala 8 (Es) está en T 75 y aún en este caso esta elevación es poco importante debido a que la población normal en México -- presenta elevadas las escalas 2 (D) y 8(Es)(12); los rasgos más importantes para ambos grupos se refiere a la preocupación somática al nivel esperado en pacientes hospitalizados en vísperas de ser sometidos a cirugía, es importante señalar que ni siquiera la escala 2 presenta una elevación importante en estos perfiles. La mujer parece ser más rebelde y

tener mayor conflicto de autoridad que el hombre, así como rasgos más importantes de introversión y retraimiento social. En otras palabras – hay rasgos de introversión, irritabilidad y dificultades en las relaciones interpersonales.

NOTA: Los ejemplos de los perfiles del MMPI, de los cuatro grupos se anexan en el Apéndice A, pág. 130.

FRASES CRITICAS DEL MMPI

FRASE	% FU	% FH	% MU	% MH
20-310	66.72 *	33.33	58.38 *	25.02
27	8.34	25.02	16.68	12.51
33-323	41.70	33.36	54.21	37.53
37-302	50.00	20.85	45.87	16.68
44	54.21	37.53	58.38 *	16.68
48	41.70	41.70	12.51	37.53
66	8.34	12.51	4.71	12.51
69	83.40 *	12.51	16.68	12.51
74	70.89 *	12.51	0.00	4.17
85	4.17	12.51	12.51	0.00
114	66.72 *	29.19	75.06 *	25.02
121	20.85	29.19	29.19	12.51
123	12.51	4.17	4.17	0.00
133	87.57 *	20.85	25.02	20.85
139	45.87	25.02	20.85	8.34
146	20.85	20.85	37.53	12.51
151	8.34	8.34	4.17	4.17
156	50.00	33.36	25.02	16.68
168	33.36	12.51	25.02	8.34
179	45.87	37.53	62.55 *	37.53
182	37.53	16.68	37.53	12.51
184	12.51	12.51	12.51	4.17
200	16.68	33.36	16.68	12.51
202	12.51	25.02	12.51	20.85
205	4.17	4.17	16.68	4.17
209	33.36	20.85	20.85	12.51
215	62.55 *	25.02	87.57 *	29.19
251	25.02	20.85	29.19	4.17
275	8.34	4.17	16.68	0.00
291	0.00	4.17	0.00	4.17
293	8.34	12.51	8.34	8.34
334	50.00	16.68	33.36	12.51
337	58.38 *	37.53	70.89 *	16.68
339	20.85	20.85	8.34	8.34
345	50.00	20.85	33.36	12.51
349	41.70	8.34	37.53	16.68
350	25.02	4.17	8.34	12.51
354	58.38 *	25.02	62.55 *	20.85

* Frases significativas mayores de 55.00 %

FRASES CRITICAS SIGNIFICATIVAS

No.	FRASE	%FU	% MU
20-310	Mi vida sexual es satisfactoria.	66.72	58.38
44	La mayor parte del tiempo parece dormirme toda la cabeza.		58.38
69	Me siento fuertemente atraído por - personas de mi propio sexo.	83.40	
114	A menudo siento como si tuviera - una banda apretándome la cabeza.	66.72	75.06
133	Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.	88.57	
179	Me preocupan las cuestiones sexuales.		62.55
215	He bebido alcohol en exceso.	62.55	87.57
337	Casi siempre siento ansiedad acerca de algo o alguien.	58.38	70.89
354	Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o - puntiaguda.	58.38	62.55

FU = Femenino con Ulcera

MU = Masculino con Ulcera

INTERPRETACION DE LA PRUEBA PROYECTIVA DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS.

En los resultados de esta prueba (tablas, pág. 79 a la 90), también se -- manifestaron, al igual que en el MMPI diferencias entre los cuatro -- grupos estudiados.

GRUPO FEMENINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

En este grupo no se encontró D. S. (Defecto de Sintaxis), es decir que las pacientes construyeron de un modo adecuado sus frases, utilizando el número de palabras necesarias, siendo la expresión precisa o sea, de acuerdo para servir de complemento a la pregunta, no se encontró verbosidad, aunque sí cierta obsesión (por ejemplo respecto a las relaciones sexuales antes de casarse).

En cuanto a la ortografía fueron muy pocas las pacientes a las que se les pudo detectar Respuestas de Defecto Estructural, ya que en su mayoría de las veces contestaban en forma verbal y quien este trabajo reporta era la que escribía las respuestas; sin embargo se puede afirmar que las alteraciones de ortografía se deben al nivel cultural y de escolaridad de las examinadas. Como consecuencia a lo anterior, tampoco se pudo observar directamente el lenguaje escrito, pero, las pacientes no escribían las respuestas porque se les dificultaba esta acción por lo tanto, se deduce que no desarrollaron la forma más evolucionada de -- comunicación (lenguaje escrito). Sin embargo sí se pudo observar los otros dos tipos de lenguaje; estas mujeres se sirven más del lenguaje de gestos y actitudes y "actúan", lo que platican, en cuanto al lenguaje verbal su desarrollo es adecuado al medio ambiente de las examinadas. Se encontraron algunas Respuestas de Defecto Autista Estructural (D.A.E.), lo cual se debe probablemente a la angustia que las examinadas experimentaron ante la frase.

INTERPRETACION DESDE EL PUNTO DE VISTA DINAMICO.

AREA FAMILIAR

Las respuestas fueron dadas de acuerdo a la FASE IV, es decir que la patología es manifiesta; no está ni disimulada, ni reprimida, ni se encuentra en su comienzo, ya brotó. En esta área se observa un proceso depresivo ya que la agresión que sienten las mujeres ulcerosas lo vuelven contra sí mismas siendo ésta la razón por la que constantemente se encuentran enfermas, son mujeres con poca tolerancia a la frustración por lo que son demandantes, con un autoconcepto pobre con sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa irrazonables, tendencias autodestructivas, estas pacientes son propensas a los accidentes, situaciones de mucho sufrimiento; el mecanismo de defensa que utilizan las ulcerosas es la negación y la regresión; estas mujeres se deprimen porque perciben la situación muy amenazante y peligrosa para ellas, por lo que recurren a mecanismos regresivos para evitar el peligro y de esta manera satisfacen sus necesidades mediante otras personas. La vuelta contra sí mismas de la hostilidad les ayuda a tranquilizar el superyo, para lo mismo utilizan inconscientemente, el autocastigo por su maldad, además de agredir las figuras introyectadas y hacia las cuales sienten hostilidad porque éstas no satisficieron adecuadamente sus necesidades de afecto y seguridad, por lo que no fueron capaces de desarrollarse e independizarse.

AREA SEXUAL

En esta área las respuestas fueron dadas de acuerdo a la FASE IV, lo que quiere decir que la patología es manifiesta. En esta área se observa un matiz paranoide ya que las examinadas proyectan y niegan simultáneamente parte de la realidad sintiéndose amenazadas por ésta; niegan agresividad alguna en ellas y de esta manera alivian los sentimientos de culpa que pueden ser provocados por impulsos agresivos, también evitan el ser rechazadas por el objeto externo y abandonadas por dicho objeto o sujeto por el cual sienten gran hostilidad pero dependen de él para sentir seguridad emocional.

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES

Las respuestas se pueden ubicar en la FASE III, ya que se detectaron fallas en el mecanismo de represión, lo que se puede apreciar por el proceso paranoide, ya que las examinadas al mismo tiempo que niegan, proyectan parte de la realidad y además se sienten amenazadas por ésta. En este proceso los impulsos internos se proyectan en el objeto externo pero desde éste retornan al propio yo; tratándose del impulso -- agresivo como es en este caso, los sentimientos de culpa por esta agresividad se alivian porque no se reconoce ninguna agresividad de sí mismas, así evitan las pacientes ulcerosas el ser rechazadas por su propia agresividad; también al proyectar su agresividad y volverla contra sí mismas desde el exterior se están protegiendo, inconscientemente, de un probable abandono del objeto o sujeto por el que sienten hostilidad pero dependen de éste objeto para sentir seguridad emocional, satisfacer sus necesidades internas. Al utilizar el mecanismo de defensa de proyección evitan también el castigo del superyo.

AREA DEL CONCEPTO DE SI MISMO

Esta área también se puede ubicar, debido a sus respuestas, en la FASE IV porque su patología se encuentra manifiesta, con un proceso fóbico en el que el mecanismo de defensa que utilizan las mujeres con diagnóstico de úlcera es la conversión y como resultante de este empleo es que se hace presente la conducta conversiva.

AREA ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD

Las respuestas ubican esta área en la FASE IV, es decir con patología manifiesta y con un proceso depresivo, al igual que en el área familiar; como ya vimos las características de este proceso son: agresión vuelta contra sí mismas, poca tolerancia a la frustración, la autodevaluación con sentimientos de inferioridad, situaciones de mucho sufrimiento, sentimiento de rechazo, de culpa irrazonables, negaciones, tendencias autodestructivas, etc., ésto se aprecia muy bien en la conducta de estas mujeres: muchas quejas físicas, dependencia, demandantes.

GRUPO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

En los hombres ulcerosos en la construcción de sus frases, oraciones y el uso de los tiempos no se manifestaron D.S. En cuanto a la ortografía sí hubo alteraciones, es decir Respuestas de Defecto Estructural; los hombres de este estudio respondieron en forma escrita, (en este estudio los hombres contestaron en forma escrita, no todos, pero sí más que las mujeres), aquí también se podría afirmar que las faltas de ortografía se deben al bajo nivel cultural y escolar de la muestra, sin embargo una cosa si se encuentra muy desarrollado en estos sujetos en cuanto al lenguaje de gestos y actitudes aunque lo utilizan no llegan a hacerlo tanto como las mujeres ulcerosas; el lenguaje que más utilizan estos sujetos es el verbal.

AREA FAMILIAR

Se ubica en la FASE IV, ya que su patología es manifiesta encontrándose un proceso depresivo que incluye la vuelta de la agresión contra sí mismos con lo que alivian los sentimientos de culpa, y se comprueba las tendencias autodestructivas; son sujetos con sentimientos de autodevaluación ya que constantemente fracasan, poseen sentimientos de inferioridad, de rechazo, son demandantes ya que no soportan la frustración, es decir que utilizan mecanismos de defensa regresivos y por esto es que adoptan conductas que corresponden a las primeras etapas de la vida adoptando una actitud pasiva frente a la vida y su ganancia secundaria es que sus necesidades internas son satisfechas por terceras personas.

AREA SEXUAL

FASE IV con patología manifiesta con matiz paranoide porque los sujetos proyectan y niegan simultáneamente parte de la realidad y se sienten amenazados por esa realidad, es decir por el medio ambiente; el mecanismo de defensa que utilizan los ulcerosos del presente estudio es el de proyección el cual funciona de la siguiente manera: los impulsos internos se proyectan a un objeto o sujeto exterior y partiendo de

éste regresa al propio yo y de esta manera los sujetos evitan, inconscientemente, situaciones no deseadas por ellos, por ejemplo los impulsos agresivos al seguir los pasos antes mencionados evitan que los pacientes sean rechazados, alivian los sentimientos de culpa por su agresividad, ya que no reconocen ésta, y se protegen de la amenaza de abandono de un objeto o sujeto por el que sienten hostilidad pero que necesitan para satisfacer algunas necesidades internas por ejemplo, la seguridad emocional y se libra del castigo del superyo.

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES

FASE IV patología manifiesta; al igual que en el área anterior se manifestó un matiz paranoide, lo que quiere decir que los sujetos proyectaron sus impulsos internos hacia un objeto externo y de éste vuelve hacia ellos mismos lo que nos indica que niegan, en este caso, cualquier agresión en ellos evitando así los sentimientos de culpa, el rechazo y el posible abandono del objeto o sujeto por el que sienten hostilidad pero depende de él para su seguridad emocional y evitar el castigo del superyo.

AREA DEL CONCEPTO DE SI MISMO

FASE IV, ya que su patología es manifiesta con un proceso depresivo, ya que su agresión la vuelven contra sí mismos son poco tolerantes a la frustración, poseen sentimientos de autodevaluación, sentimientos de inferioridad, son sujetos que constantemente se enfrentan a situaciones que ellos las perciben como de mucho sufrir acompañadas de sentimientos dolorosos de rechazo, sentimientos de culpa irrazonables, negaciones, tendencias autodestructivas, propensión a los accidentes; esto es indicativo de que los sujetos del presente estudio recurren a mecanismos regresivos y adoptan pautas de conducta que corresponden a las primeras etapas de la vida y esto ocurre cuando el sujeto percibe la situación muy amenazante.

AREA DE LA ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD

FASE IV, patología manifiesta con un proceso depresivo, el cual incluye que la agresión se vuelve contra sí mismo al grado que el sujeto enferma. Son sujetos poco tolerantes, con sentimientos de culpa irrazonables, sentimientos de autodevaluación, de doloroso rechazo, uno de los mecanismos de defensa que utilizan es la negación. Estos sujetos utilizan la depresión como una reacción de emergencia ante una situación que es tan amenazante y peligrosa para ellos que tienen que recurrir a mecanismos regresivos por lo que adoptan pautas de conducta que corresponden a las primeras etapas de la vida. Al volver la agresión contra sí mismo también está agrediendo las figuras internalizadas y hacia las cuales siente hostilidad porque no le han dado el afecto y seguridad que necesita para poder desarrollarse e independizarse, — lo que se corrobora con el sujeto enfermo, ya que al encontrarse en — cama depende necesariamente de otra persona.

GRUPOS FEMENINO Y MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE HERNIA HIATAL:

En vista de que todas las respuestas de estos dos grupos carecen de D. S. y los errores de ortografía o Respuesta de Defecto Estructural fueron muy pocas, y probablemente se deben al bajo nivel cultural y escolar y los tres tipos de lenguaje se encuentran desarrollados al nivel — que se esperaba, utilizando más frecuentemente el lenguaje no verbal y tomando en cuenta los siguientes puntos:

- a) los pacientes (FH, MH) responden primariamente a los estímulos del medio ambiente y no a sus impulsos o necesidades,
- b) controlan sus emociones, adecuadamente, en situaciones de tensión,
- c) su pensamiento es maduro, consciente de sus obligaciones y de las necesidades e intereses de los demás,
- d) su pensamiento es realista.

Se puede inferir que las respuestas implican la utilización de mecanismos adaptativos en la forma más útil para la supervivencia por lo que

los pacientes tanto femeninos como masculinos con diagnóstico de hernia hiatal se encuentran en un proceso sistemático.

NOTA: Ver ejemplo de la respuesta que dieron los pacientes en esta prueba, en el apéndice B, pág. 167, se considera importante señalar que muchas respuestas fueron repetidas por diferentes pacientes, ante la misma pregunta, algunas respuestas son exactamente igual, otras son semejantes, por lo que no se reportan, para no ser repetitivo.

INTERPRETACION DE LA PRUEBA DE INTELIGENCIA NO VERBAL
PIERRE GILLES WEIL

GRUPOS FEMENINOS CON AMBOS PADECIMIENTOS:

En esta prueba hubo cierta diferencia (tablas, pág. 91 a la 96), las mujeres con diagnóstico de úlcera obtuvieron, un término medio inferior en su capacidad de análisis y síntesis; mientras que el grupo femenino con hernia hiatal obtuvo un nivel inferior al término medio.

GRUPOS MASCULINOS CON AMBOS PADECIMIENTOS:

Los hombres no manifestaron diferencia alguna; ambos grupos obtuvieron un nivel de término medio.

CAPITULO V

DISCUSION

Para Freud las neurosis aparecen cuando hay alguna alteración de la función integradora (confrontación de las necesidades internas o instintos y las condiciones del medio ambiente externo), por lo que las tensiones de las necesidades instintivas no son descargadas adecuadamente y buscan otras salidas, con lo que solo logran un poco de alivio pero, se crean otros conflictos provocando nuevas tensiones emocionales que producen trastornos funcionales, por ejemplo, la úlcera; el proceso de la teoría biológica de Freud se puede observar en este estudio ya que tanto hombres como mujeres con diagnóstico de úlcera no canalizan adecuadamente sus impulsos agresivos ni satisfacen sus necesidades de dependencia lo que les acarrea tensiones, angustia y no la pueden manejar, reprimen su agresión con lo que se autocastigan, es decir, dañan sus propios órganos pero al mismo tiempo obtienen otras ganancias por ejemplo, mediante su enfermedad evitan el rechazo por su agresividad, por lo tanto no son abandonados con lo que satisfacen sus necesidades de dependencia, seguridad, al auto-provocarse, inconscientemente, la úlcera, como en el presente estudio, se autocastigan aliviando así un poco los sentimientos de culpa que poseen debido a su agresividad, alcoholismo y egoísmo (con el pretexto de su enfermedad manipulan a las personas que los rodean al grado que frecuentemente impiden que un pariente muy cercano por ejemplo hija, se case ya que ésto implica la separación y pérdida de cierta seguridad, ya que la hija es el sostén de la familia.)

Los resultados de este estudio coinciden con las investigaciones de los autores Noyes A. y Kolb L., en que los trastornos gastrointestinales, en este caso úlcera, se debe a una serie de conflictos como problemas familiares, preocupaciones, malos negocios (lo que en los sujetos serían los problemas económicos debido a que no cuentan con un sueldo seguro), y se podría agregar, en base a los resultados de este estudio, que también se debe a problemas de identificación psicossexual, que se manifiestan en la inmadurez sexual, insatisfacción en las relaciones sexuales, etc., alcoholismo, el cual es consecuencia de los problemas antes mencionados, malas relaciones interper-

sonales es decir, conflictos con personas ajenas a sus familias (de los ulcerosos(as)). Otra característica que se manifestó en los dos grupos de ulcerosos fué la dependencia, y las constantes frustraciones debido a su personalidad básicamente infantil.

En la revisión literaria se ve como Kierkegaard sostenía que en la misma proporción en que la calidad de las evidencias aumenta, la certidumbre parece disminuir; al disminuir la certidumbre hace su aparición la angustia, también afirmaba, este autor, que la ansiedad es -- producto de la libertad, por lo que es normal y se puede considerar -- ansiedad neurótica cuando, como en el caso de los ulcerosos(as) del presente estudio, se presenta el conflicto de la libertad no deseada, -- ya que los ulcerosos tienden a la dependencia pero pretenden ser muy independientes, autosuficientes y es durante esta pretensión que aparece la ansiedad neurótica y con esta actitud de los sujetos ulcerosos (as) se corrobora también, la afirmación de Kierkegaard acerca de la certidumbre ya que si para ellos la independencia representa un conflicto se debe a que prefieren la seguridad, la satisfacción de sus necesidades mediante conductas inadecuadas aunque tengan que sacrificar una parte de su organismo y con esta conducta los pacientes -- del presente estudio se niegan la cualidad interna que es la certidumbre y privilegio de los hombres que pueden sentir, pensar y actuar como unidad psicológica y ética y aunque estos pacientes manifiestan las tres funciones las utilizan inadecuadamente.

Los resultados de este estudio se pueden reforzar con la teoría de -- Alexander: Conflicto-Regresión basado en el concepto Freudiano de -- la Regresión. Alexander afirmaba que los trastornos psicofisiológicos en los pacientes psicósomáticos se debían a que durante su infancia experimentaban conflictos traumáticos que quedaron fijados y persisten y al presentarse las amenazas actuales activan tanto las inmaduras o inadecuadas defensas psicológicas, como las reacciones fisiológicas específicas que fueron asociadas con el conflicto, es decir, que el adulto responde con la misma reacción psicofisiológica que se produjo cuando el conflicto apareció por primera vez. Alexander nos da el ejemplo del ulceroso, que va muy de acuerdo con los pacientes (femeninos y masculinos) de este estudio, que durante el desarrollo el sujeto sufrió de dependencia en la etapa oral del desarrollo psicosexual

y cuando se enfrenta a una situación semejante hay una reacción que consiste en el exceso de secreciones gastrointestinales hasta que se destruye la capa mucosa.

En 1952 Grace y Graham, modificaron la teoría de Alexander y se centraron en las actitudes específicas del individuo al enfrentarse a situaciones difíciles es decir, en el caso del ulceroso se siente desposeído y resentido y con deseos de vengarse por lo que se ponen en actividad ciertas secreciones gastrointestinales y al persistir la conducta del sujeto y las reacciones fisiológicas no son descargadas adecuadamente se puede presentar la enfermedad psicósomática antes mencionada.

Margolin apoyó la teoría de Alexander en cuanto a la Regresión a formas infantiles pero, rechazó la parte del conflicto específico y lo que agregó a la teoría del Conflicto-Regresión se puede aplicar a los dos grupos de ulcerosos de la muestra para la realización de este trabajo, y que consiste en que afirmaba Margolin que las enfermedades psicósomáticas es una consecuencia de la insistencia del sujeto en utilizar una estrategia de enfrentamiento que resulta fisiológicamente adecuada para un niño pero no para un adulto y ésta conducta se corrobora con los resultados del MMPI, en el que los ulcerosos manifestaron no tener la capacidad de beneficiarse de las experiencias por lo que no adquieren la madurez necesaria para enfrentarse adecuadamente a sus conflictos.

La Teoría de la inespecificidad elaborada por Mahl en 1953 y Kaplan en 1959 afirmaba que las enfermedades psicósomáticas, en general, están asociadas a problemas psicogénicos y sostiene que los pacientes que son incapaces de enfrentar a la ansiedad, necesariamente tienen que presentar algún trastorno psicofisiológico y es el caso de los pacientes ulcerosos(as), a los que se ha hecho referencia en este trabajo, ya que su problema consiste en que no son capaces de manejar adecuadamente su angustia por lo que utilizan estrategias de enfrentamiento erróneas hasta que sin quererlo, se dañan a sí mismos.

Las características que se obtuvieron de los dos grupos de ulcerosos coinciden con los factores hipotéticos en correlación con la enferme-

dad en cuestión que se encontró en la revisión literaria que se hizo para este trabajo (pág. 10 y 25); por ejemplo: Garma en 1950, afirmó - que la úlcera representaba un ataque a la madre hostil que el sujeto había introyectado; en la presente investigación tanto en el MMPI como en Frases Incompletas de Sacks, los pacientes ulcerosos de am-
bos sexos manifiestan gran agresión inconsciente hacia el padre y - también hacia la madre a la que consideran que no les prestó la aten-
ción necesaria y desde el punto de vista psicodinámico esta actitud de la madre les impidió desarrollarse e independizarse, este síntoma o característica se encontró exacerbado en los hombres. Las pacientes ulcerosas, también presentaron hostilidad pero sobre todo enfocada - hacia el padre. (13). Esta agresión se aprecia muy bien en los ejem-
plos de las respuestas que dieron los diferentes pacientes ulcerosos en la prueba Frases Incompletas de Sacks. Otra característica que - se afirmó fué que los ulcerosos (femenino y masculino) manifiestan su ansiedad en forma desproporcionada a la magnitud del problema.

En resumen, las características de personalidad que anteriormente - habían encontrado diferentes autores, respecto a las personas que pa-
decen de úlcera, también las manifestaron los sujetos de este estudio; sin embargo hubo ciertas diferencias como por ejemplo que estas ca-
racterísticas las mostraron los sujetos de un nivel socioeconómico ba-
jo y escolaridad muy limitada (pág. 38 y 39) en contraste con los datos que se encontraron en la revisión literaria ya que los estudios habían sido realizados con sujetos de un nivel socioeconómico alto. Otra di-
ferencia es que el autor López Ibor, afirma que los ulcerosos son in-
dependientes, en el presente estudio no se encontró, en ningún pa-
cientes, esta característica, por el contrario, los ulcerosos de esta in-
vestigación manifestaron gran dependencia, a tal grado que no la pue-
den satisfacer lo que les provoca un serio conflicto.

CAPITULO VI

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

Los resultados y el análisis de éstos, del presente estudio indican que la úlcera puede considerarse trastorno psicofisiológico ya que representa el fracaso al intentar descargar las tensiones provocadas por los problemas de los individuos; además que los sujetos ulcerosos son incapaces de evitar situaciones provocadoras de stress, de eliminar su angustia, ni de manejarla adecuadamente por lo que acumula tensiones psíquicas hasta que alguno de sus órganos (en este caso se localiza en el aparato gastrointestinal) se vió seriamente afectado.

La insistencia en utilizar estrategias de enfrentamiento erróneas a pesar de que son provocadoras de nuevas situaciones de stress y no eliminan las tensiones, se debe probablemente en que dichas estrategias desempeñan otras funciones como ocultar el origen y contenido de las tensiones intrapsíquicas, no dar salida a los impulsos no aceptados socialmente, en el caso de los ulcerosos(as) sería la agresión, y obtener las ganancias secundarias que se le proporciona al sujeto enfermo como son: sostén, atención y simpatía.

Se deduce que la úlcera de los sujetos estudiados es un trastorno psicofisiológico porque éstos se originan en un solo conflicto básico, al igual que los pacientes estudiados, como es el de reprimir los impulsos hostiles por temor a perder la seguridad que les proporciona la dependencia.

Otro detalle que afirma que la enfermedad en cuestión es un trastorno psicofisiológico es que tiene una base orgánica a diferencia de los trastornos hipocondríacos que no la tienen.

- 1.- En el MMPI el grupo masculino con diagnóstico de úlcera (MU) manifestaron una constelación de síntomas con un grado mayor de psicopatología que la que presentaron las del grupo femenino con el mismo diagnóstico (FU), éstas últimas proyectaron una patología que podría decirse que es grave, sobre todo por las con

secuencias que su conducta les acarrea. En la historia clínica así como en la sintomatología que se obtuvo en el MMPI, las características de estos dos grupos son similares; manifestando un estado de ánimo - de tristeza, sentimiento de desesperanza, baja moral, insatisfechos - consigo mismos, tienden a preocuparse demasiado por cosas sin importancia, son nerviosos, desconfiados en sus propias capacidades, pasivos y dependientes. Los hombres presentaron una elevación del perfil ligeramente mayor que el de las mujeres.

En Frases Incompletas de Sacks el hombre también resultó tener más problemas, en algunas áreas, que la mujer; hubo diferencia significativa en el área de relaciones interpersonales, siendo el hombre, del presente estudio, el que manifiesta mayores dificultades con sus compañeros, amigos, jefes; estos problemas pueden ser la razón de que los pacientes estudiados sean desconfiados y se sientan traicionados, rechazados, víctimas de los demás y de las circunstancias, sin aceptar responsabilidad alguna. En cuanto a la actitud que adoptan frente a su enfermedad los hombres ulcerosos son más pesimistas que las mujeres con el mismo padecimiento, tienen miedo de morir debido a su enfermedad, sienten que ellos sufren más dolores que los demás enfermos aunque tengan el mismo diagnóstico; la mujer ulcerosa - también es pesimista pero, en menor grado, ésto probablemente se debe a que creen con firmeza que la mujer vino al mundo a sufrir, también se sienten víctimas, sufridas, pero al mismo tiempo se sienten heroínas y aparentan resignación, esta actitud puede ser una forma de tratar de manipular inconscientemente a los demás para beneficio propio de ellas, obteniendo así ganancias secundarias de su enfermedad.

Los dos grupos ulcerosos tienen un pronóstico pobre en cuanto al tratamiento ya que son sujetos derrotistas.

- 2.- En los grupos femeninos con diagnóstico de úlcera y hernia hiatal (FU, FH), existe sin lugar a dudas una gran diferencia, ya que las pacientes con úlcera son mucho más conflictivas que las del grupo con hernia hiatal; este último grupo presenta una constelación de rasgos que no llega a ser patológica, mientras que las mujeres ulcerosas, como vimos anteriormente son excesivamente

te problemáticas, constantemente se quejan de dolencias, presentaron alcoholismo, bajo el cual son muy violentas, son personas hostiles a diferencia del grupo con hernia hiatal que son más sociables, más colaboradoras, con más ánimos para curarse, no presentan tantos problemas sexuales, ni familiares como las del grupo de ulcerosas; poseen las mujeres con diagnóstico de hernia hiatal mejor autoconcepto en comparación con las ulcerosas.

- 3.- En los grupos del sexo masculino con ambos padecimientos, (MU, MH), como era de esperarse y como ya vimos en la interpretación de los perfiles, los ulcerosos mostraron una patología grave, mientras que los sujetos con hernia hiatal solo manifestaron rasgos, los que podrían considerarse como normales debido a las circunstancias del padecimiento y al hecho de estar internados, alejados de su familia y sin trabajar y por consiguiente sin percibir ingresos.

Los hombres ulcerosos presentaron alcoholismo y cuando están bajo los efectos de éste pueden llegar a presentar conductas muy agresivas, Golpean a sus esposas e hijos aún estando sobrios. El ulceroso presentó un cuadro psicossomático evidente acompañado del elemento de desórdenes de la personalidad, a diferencia del sujeto diagnosticado con hernia hiatal que no mostró un cuadro patológico en ninguna de las pruebas.

- 4.- En los grupos con diagnóstico de hernia hiatal con ambos sexos (FH, MH), el que presentó más problemas en las diferentes pruebas aplicadas fué el grupo femenino. Sin embargo ninguno de los dos grupos de herniados se encuentran clínicamente enfermos, desde el punto de vista psicológico, ya que la sintomatología que presentaron es de tipo orgánico y no le provoca problemas extremos con su medio ambiente. Son mujeres que pueden aislarse, mostrar poco interés en lo que las rodea, son sensibles, tienen cierta dificultad para relacionarse con las figuras de autoridad pero, la aceptan ya que son sumisas, complacientes, con metas adecuadas, humildes, confiables.

El hombre con hernia hiatal es sumiso, tímido, tiende al aislamiento, es evasivo, insatisfecho, presentaron muy poca preocupación somática.

- 5.- En la comparación del grupo masculino con diagnóstico de úlcera (MU) y el grupo femenino con el padecimiento de hernia hiatal (FH); el grupo masculino presentó un cuadro psicopatológico, has ta cierto punto grave, mientras que las herniadas no ofrecieron ningún problema que pudiera considerarse de importancia.

En el Pierre Giller Weil, se obtuvo diferencia significativa entre el -- grupo masculino con úlcera y el femenino con hernia hiatal; siendo más elevados los resultados del grupo MU que el grupo FH (tablas, pág. 95).

- 6.- En la interacción de sexo y diagnóstico, es decir el grupo femenino con úlcera comparado con el grupo masculino con hernia hiatal (FU, MH), tal como esperabamos, los sujetos más conflictivos, los que proyectaron problemas psicopatológicos tanto en el MMPI como en Frases Incompletas de Sacks fueron las pacientes con - úlcera; mientras que el grupo con hernia hiatal no tiene problemas importantes de psicopatología.

HIPOTESIS.- De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación llegamos a las conclusiones siguientes:

- 1.- La Hipótesis Nula que dice: "No existe diferencia significativa entre sexos, diagnósticos (de úlcera y hernia hiatal) o interacción entre estas variables", queda rechazada.
- 2.- Se acepta la H_1 que dice: "Sí existe diferencia significativa entre sexos en las pruebas MMPI, Frases Incompletas de Sacks, - Pierre Gilles Weil a una probabilidad de .05 como mínimo", ya - que sí hubo diferencia, la cual se localizó en: el MMPI; en la - escala 6 = $P_a = P < .05 = F > M$; en el resto de las escalas no hubo diferencia significativa. En Frases Incompletas de Sacks y

Pierre Gilles Weil, no mostraron ninguna diferencia.

- 3.- Se acepta la H₂ que dice: "Sí existe diferencia significativa entre diagnósticos en las pruebas MMPI, Frases Incompletas de Sacks, Pierre Gilles Weil a una probabilidad de .05 como mínimo"; se hace esta afirmación proque los resultados fueron:

MMPI

$$\begin{array}{l} K = P < .05 = U < H \\ Hs = P < .01 \\ D = P < .01 \\ Hi = P < .01 \\ Dp = P < .01 \\ Pa = P < .01 \\ Pt = P < .01 \\ Es = P < .01 \end{array} \left. \vphantom{\begin{array}{l} K \\ Hs \\ D \\ Hi \\ Dp \\ Pa \\ Pt \\ Es \end{array}} \right\} U > H$$

FRASES INCOMPLETAS DE SACKS

$$\begin{array}{l} \text{AREA FAMILIAR} = P < .01 \\ \text{AREA SEXUAL} = P < .01 \\ \text{ACT.H/SU ENF.} = P < .01 \end{array} \left. \vphantom{\begin{array}{l} \text{AREA FAMILIAR} \\ \text{AREA SEXUAL} \\ \text{ACT.H/SU ENF.} \end{array}} \right\} U > H$$

PIERRE GILLES WEIL

$$\text{PUNTOS} = P < .05 = U > H$$

- 4.- Se acepta la H₃ que dice: "Sí existe interacción significativa entre las variables de sexos y diagnósticos en las pruebas de MMPI, Frases Incompletas de Sacks, Pierre Gilles Weil a una probabilidad de .05 como mínimo". Los resultados de la interacción son:

MMPI

$$\begin{array}{l} \text{FU vs FH} \\ Hs = P < .01 \\ D = P < .01 \\ Hi = P < .01 \\ Dp = P < .05 \end{array} \left. \vphantom{\begin{array}{l} Hs \\ D \\ Hi \\ Dp \end{array}} \right\} \text{FU} > \text{FH}$$

$$\begin{array}{l}
 \text{MU vs MH} \\
 \text{Hs} = P < .01 \\
 \text{D} = P < .01 \\
 \text{Hi} = P < .01 \\
 \text{Dp} = P < .01 \\
 \text{Pa} = P < .01 \\
 \text{Pt} = P < .01 \\
 \text{Es} = P < .01 \\
 \text{Ma} = P < .01
 \end{array}
 \left. \vphantom{\begin{array}{l} \text{Hs} \\ \text{D} \\ \text{Hi} \\ \text{Dp} \\ \text{Pa} \\ \text{Pt} \\ \text{Es} \\ \text{Ma} \end{array}} \right\} \text{MU} > \text{MH}$$

$$\begin{array}{l}
 \text{FU vs MU} \\
 \text{D} = P < .01 \\
 \text{Mf} = P < .05
 \end{array}
 \left. \vphantom{\begin{array}{l} \text{D} \\ \text{Mf} \end{array}} \right\} \text{FU} < \text{MU}$$

$$\begin{array}{l}
 \text{FH vs MH} \\
 \text{Dp} = P < .05 \\
 \text{Pa} = P < .05 \\
 \text{Pt} = P < .05 \\
 \text{Es} = P < .05 \\
 \text{Ma} = P < .05 \\
 \text{Si} = P < .05
 \end{array}
 \left. \vphantom{\begin{array}{l} \text{Dp} \\ \text{Pa} \\ \text{Pt} \\ \text{Es} \\ \text{Ma} \\ \text{Si} \end{array}} \right\} \text{FH} > \text{MH}$$

$$\begin{array}{l}
 \text{FU vs MH} \\
 \text{K} = P < .05 = \text{FU} < \text{MH}
 \end{array}$$

$$\begin{array}{l}
 \text{Hs} = P < .01 \\
 \text{D} = P < .05 \\
 \text{Hi} = P < .01 \\
 \text{Dp} = P < .01 \\
 \text{Pa} = P < .01 \\
 \text{Pt} = P < .01 \\
 \text{Es} = P < .01 \\
 \text{Ma} = P < .05
 \end{array}
 \left. \vphantom{\begin{array}{l} \text{Hs} \\ \text{D} \\ \text{Hi} \\ \text{Dp} \\ \text{Pa} \\ \text{Pt} \\ \text{Es} \\ \text{Ma} \end{array}} \right\} \text{FU} > \text{MH}$$

$$\begin{array}{l}
 \text{MU vs FH} \\
 \text{Hs} = P < .01 \\
 \text{D} = P < .01 \\
 \text{Hi} = P < .01 \\
 \text{Dp} = P < .01
 \end{array}
 \left. \vphantom{\begin{array}{l} \text{Hs} \\ \text{D} \\ \text{Hi} \\ \text{Dp} \end{array}} \right\} \text{MU} > \text{FH}$$

FRASES INCOMPLETAS DE SACKS

FU vs FH
 Area Sexual = $P < .01$ }
 Autoconcepto = $P < .01$ } FU > FH

MU vs MH
 Area Familiar = $P < .01$ }
 Area Sexual = $P < .01$ } MU > MH
 Relaciones Interpersonales = $P < .01$ }
 Concepto de sí mismo = $P < .01$ }
 Actitud hacia su enfermedad = $P < .01$ }

FU vs MU
 Area de relaciones interp. = $P < .01$ }
 Actitud hacia su enfermedad = $P < .05$ } FU < MU

FH vs MH
 Area: Concepto de sí mismo = $P < .05$ = FH > MH

FU vs MH
 Area Familiar = $P < .05$ }
 Area Sexual = $P < .01$ } FU > MH
 Concepto de sí mismo = $P < .01$ }

MU vs FH
 Area Sexual = $P < .01$ }
 Concepto de sí mismo = $P < .01$ } MU > FH
 Actitud hacia su enfermedad = $P < .01$ }

PIERRE GILLES WEIL

La diferencia se localizó en la siguiente interacción:

PUNTOS = $P < .01$ = MU > FH

Los resultados obtenidos tanto en el MMPI como en Frases Incompletas de Sacks son semejantes, es decir que se corroboran entre sí.

En ambas pruebas tanto hombres como mujeres con diagnóstico de úlcera manifestaron un autoconcepto pobre con sentimientos de inferioridad, miedos ilógicos, etc., (ver frases críticas del MMPI, pág. 108) como puede apreciarse en Frases Incompletas en el área del Concepto de sí mismo y en el MMPI en las escalas K, 1 Hs, 2 D, 7 Pt, éstas tres últimas son consideradas escalas controladoras e intrapunitivas.

En cuanto a las Relaciones Interpersonales se observa en ambas pruebas que procuran no involucrarse emocionalmente los sujetos ulcero-
sos(as) que prefieren el aislamiento pero sin embargo, buscan la compañía de personas de las que pueden depender para su propia seguridad y tranquilidad, aunque cabe mencionar que son personas que constantemente tienen problemas en su vida social como se puede observar en Frases Incompletas en el área de Relaciones Interpersonales y en el MMPI en las escalas controladoras e intrapunitivas 1 Hs, 3 Hi y en las escalas adicionales 5 Mf y 0 Si, lo que nos indica que los sujetos estudiados se autocompadecen.

En cuanto a las metas, los resultados que ambas pruebas demuestran que sí las poseen, que son capaces de hacer planes, de fijarse una meta pero, son incapaces de desarrollar la actividad necesaria y bien encaminada para obtener logros, además que frecuentemente estas metas no son adecuadas a sus capacidades por lo que al no lograr su objetivo se frustran y los ulcero-
sos(as) poseen poca tolerancia a la frustración y a esta situación se debe en gran parte sus conflictos de los que se derivan sus tensiones, angustia; también es motivo por el que no obtienen logros los ulcero-
sos(as) del presente estudio el que no manejen adecuadamente su agresividad y a que no utilizan la energía necesaria, debido a que no la poseen, probablemente como consecuencia de la depresión; sus metas y logros se observan en el MMPI en las escalas 4 Dp, 8 Es, y 9 Ma, que son escalas activadoras y en el FIS en la actitud hacia el futuro y actitud hacia las metas u objetivos.

La identificación psicosexual y actitud hacia las relaciones heterosexuales se observan en la escala adicional 5 Mf y en el área Sexual del FIS y los sujetos estudiados manifestaron un grado considerable de inmadurez sexual, disgusto en sus relaciones heterosexuales e inadecuadas relaciones con el sexo opuesto.

En cuanto al área Actitud Hacia su Enfermedad, se observó que los dos grupos de pacientes ulcerosos manifestaban muchos conflictos y quejas físicas constantes, lo que se corrobora en el MMPI con la escala 1 Hs, pero, estas enfermedades las utilizan los sujetos en provecho propio debido a las ganancias secundarias.

A P E N D I C E A

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starkes R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

Nombre _____ (letra de molde)

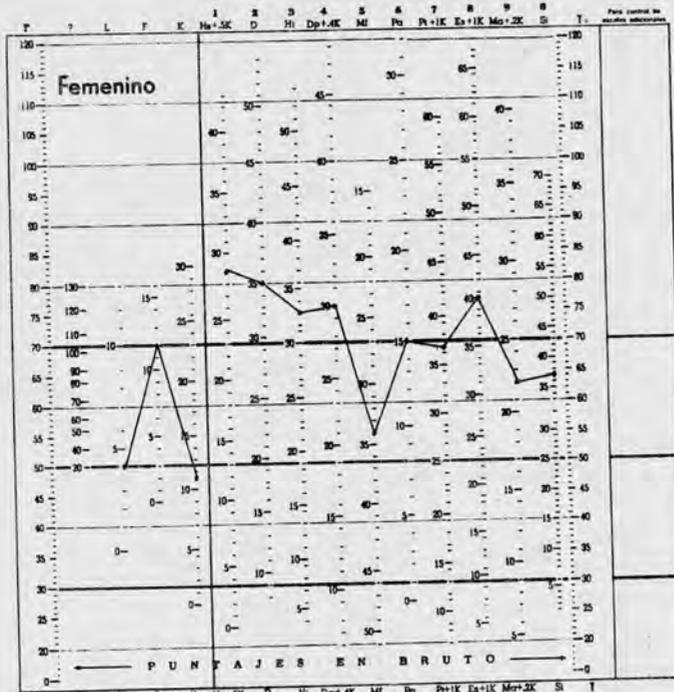
Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

PERFIL GLOBAL

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K

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

NOTAS

Diagnóstico: Úlcera.
n = 24
Código de Welsh:
12'8436'709-5/F'L/K:

Puntaje en bruto	0	4	12	11	23	35	33	26	34	15	26	29	20	37
Agregar factor K					6			4			11	11	2	
Puntaje corregido					29			30			37	40	22	



MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley

F
Femenino

Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

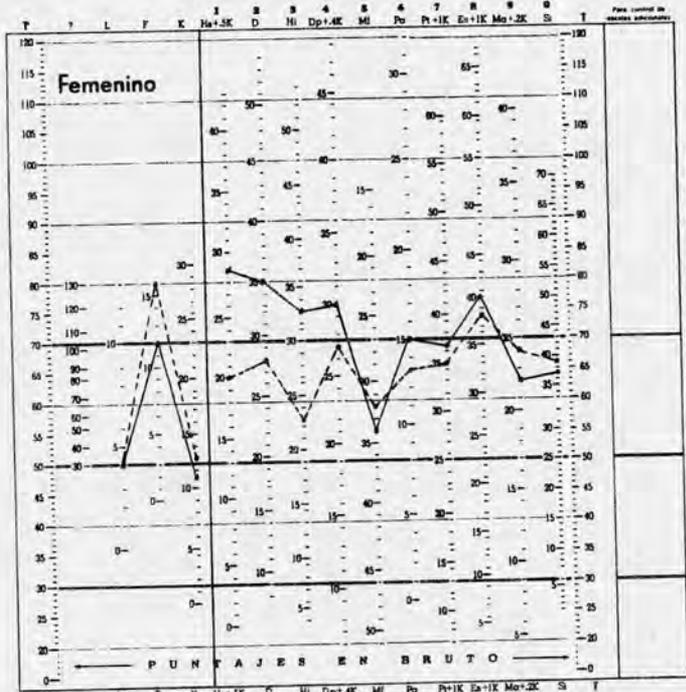
Años escolares o estudios cumplidos _____

PERFILES GLOBALES

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

NOTAS

— ulceras
12'8436'709-5/F'L/K:
----- hernia hiatal
8'4920761-53/F'KL/



Fracciones K

K	J	A	R
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	2
13	7	5	2
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

Puntaje en bruto	0	4	12	11	23	35	33	26	34	15	26	29	20	37
Agregar factor K			6		4			4			11	11	2	
Puntaje corregido		4	16	13	29	35	33	30	34	15	37	40	22	37
		4	16	13	13	28	23	22	32	13	22	25	21	39
				7				5			13	13	3	
				20				27			35	38	24	



Firma _____ Fecha _____

F
Femenino

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley

Nombre SUJ. # 1 (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Suj. # 1

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

NOTAS

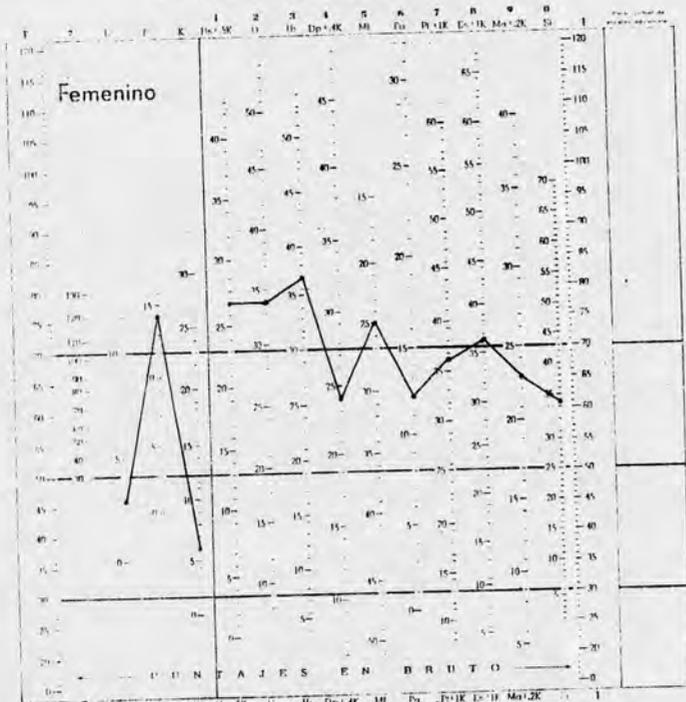
Diagnóstico:

Úlcera:

3'128'79460(74)'3:14:6

Código de Welsh:

3'1258'79460-F'L:K#



Puntaje en bruto	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>14</u>	<u>6</u>	<u>24</u>	<u>34</u>	<u>37</u>	<u>22</u>	<u>25</u>	<u>12</u>	<u>30</u>	<u>30</u>	<u>22</u>	<u>34</u>
Agregar factor K				<u>3</u>				<u>2</u>			<u>6</u>	<u>6</u>	<u>1</u>	
Puntaje corregido				<u>27</u>				<u>24</u>			<u>36</u>	<u>36</u>	<u>23</u>	

Fracciones K			
K	S	4	3
10	15	12	5
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	5	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	2	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Firma _____

Fecha _____



F
Femenino

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre SUJ. # 2 (letra de molde)

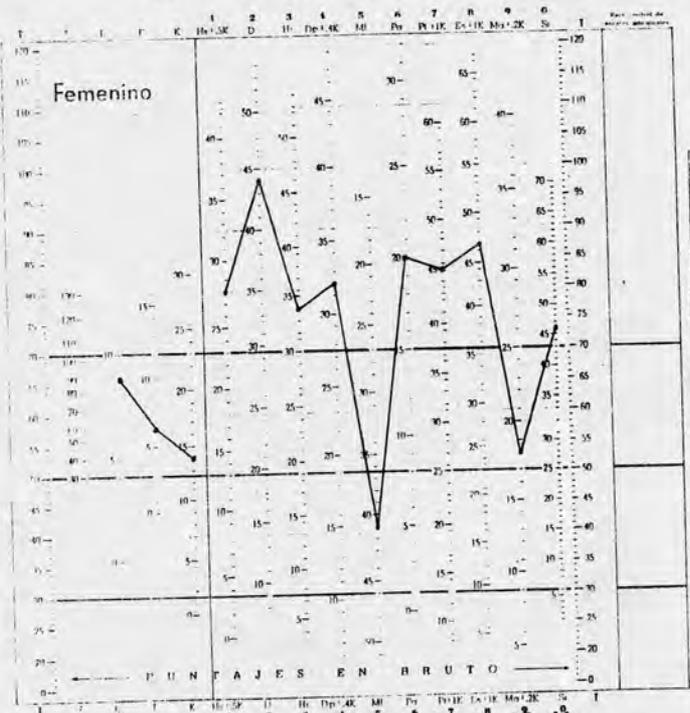
Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Suj. # 2

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	9	6	14	21	44	34	26	41	20	31	33	15	46
Agregar factor K				7				6			14	14	3	
Puntaje corregido				28				32			45	47	18	

NOTAS

Ulcera:
2°86741'30'-(41°9:6:14
Código de Welsh:
2°86741'30'9/5:L-FK/

Frases	K	S	A	1
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	

Firma _____ Fecha _____



F
Femenino

MM
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

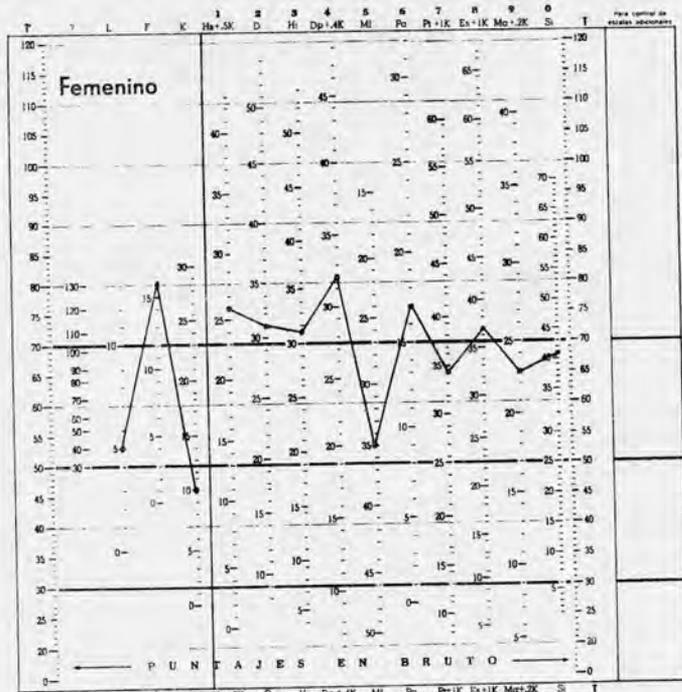
Nombre SUJ. # 5 (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	<u>0</u>	<u>5</u>	<u>16</u>	<u>10</u>	<u>21</u>	<u>31</u>	<u>31</u>	<u>28</u>	<u>35</u>	<u>17</u>	<u>24</u>	<u>27</u>	<u>21</u>	<u>41</u>
Agregar factor K			<u>5</u>					<u>4</u>			<u>10</u>	<u>10</u>	<u>2</u>	
Puntaje corregido			<u>26</u>					<u>32</u>			<u>34</u>	<u>37</u>	<u>23</u>	

Fracciones K

K	S	A	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	5	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

Úlcera:
4° 16283'079 (53)° 5: 16:10

Código de Welsh:
4° 16283'079-5/F/L/K:



Firma _____ Fecha _____

F
Femenino

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley

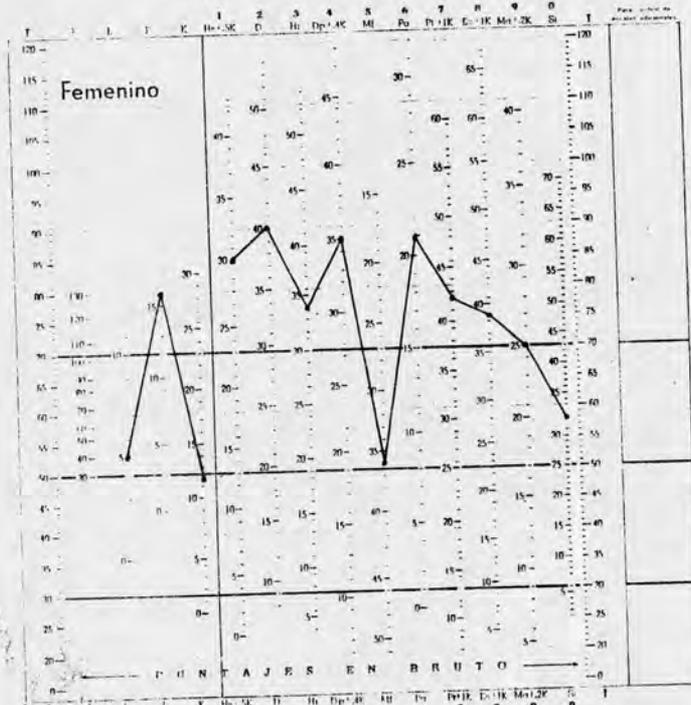
Nombre SUJ. # 8 (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Escalas M

	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
24	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		

Diagnóstico: N BICLA

Código de Welsh:

2° 461'7389'05/F'1/L/K:

Puntaje en bruto	1	5	16	12	24	40	34	30	36	21	30	27	23	32
Agregar factor K					6			5			12	12	2	
Puntaje corregido					<u>30</u>			<u>35</u>			<u>42</u>	<u>39</u>	<u>25</u>	



Firma _____

Fecha _____

F
Femenino

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

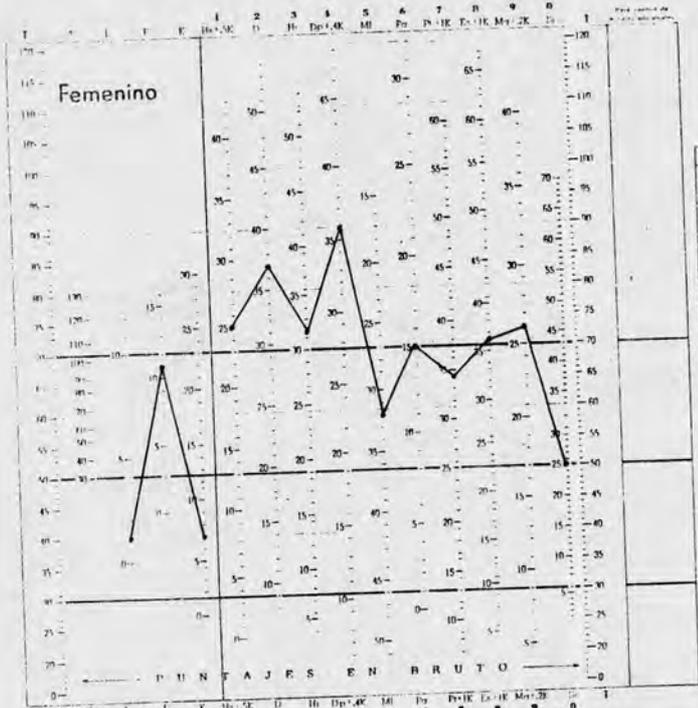
Nombre SUJ. # 11
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K	NOTAS			
	1	2	3	4
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	

Diagnóstico: Úlcera

Código de Welsh:

4*2'13986'7-50/F-LK:

Puntaje en bruto 0 1 11 7 21 37 32 33 32 15 27 29 25 25
 Agregar factor K 4
 Puntaje corregido 25 36 36 36 26



Firma _____ Fecha _____

F
Femenino

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

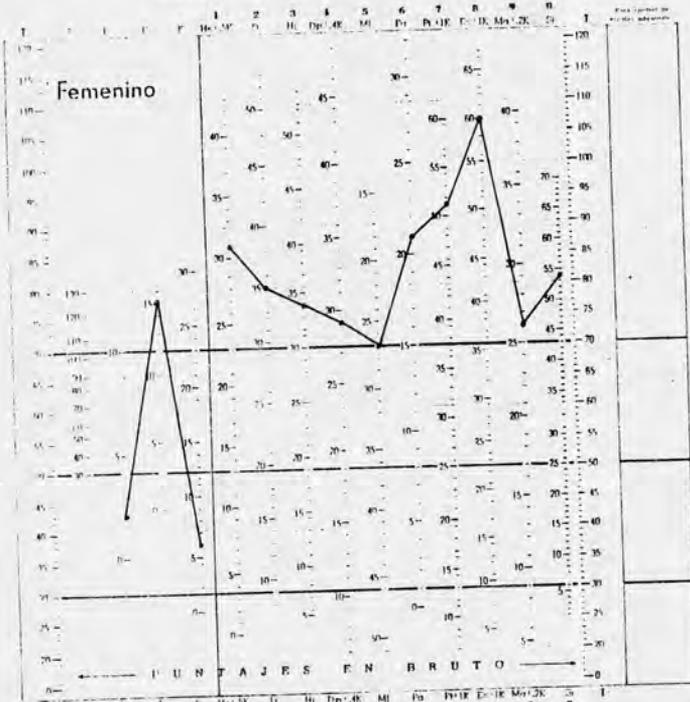
Nombre SUJ. # 16 (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	2	15	6	28	35	34	27	27	21	45	54	25	54
Agregar factor K				3			2				6	6	1	
Puntaje corregido				31			29				51	60	26	

Factorización K

#	3	4	7
10	15	12	6
20	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
7	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

Diagnóstico: úlcera
Código de Welsh:
87*6102'3495'F'L:K#



Firma _____ Fecha _____

F
Femenino

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chanley McKinley

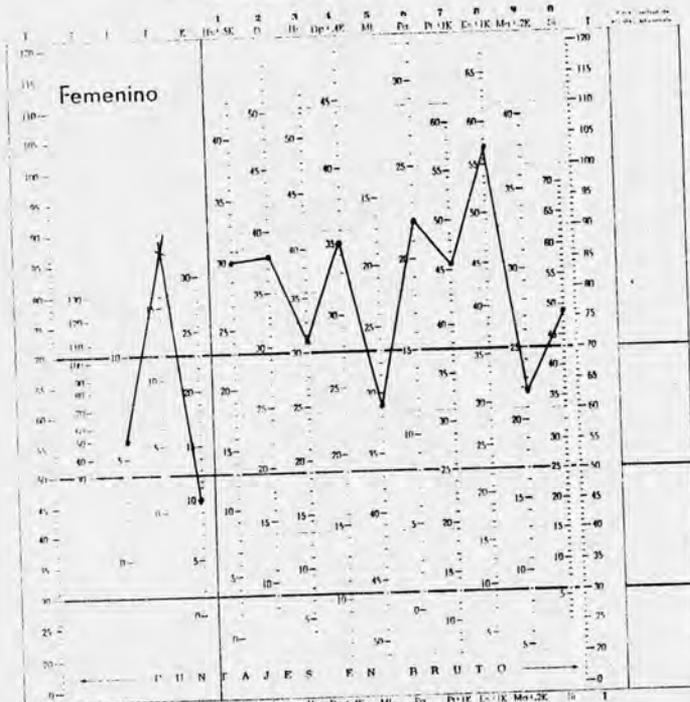
Nombre SUJ. # 17 (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	6	19	10	25	38	31	31	31	22	36	47	20	49
Agregar factor K														
Puntaje corregido					<u>30</u>		<u>35</u>				<u>46</u>	<u>57</u>	<u>22</u>	

Fracciones K			
K	S	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

Diagnóstico: úlcera
 Código de Welsh:
 86° 421' 073' 95 - F' L/K:



Tirma _____

Fecha _____

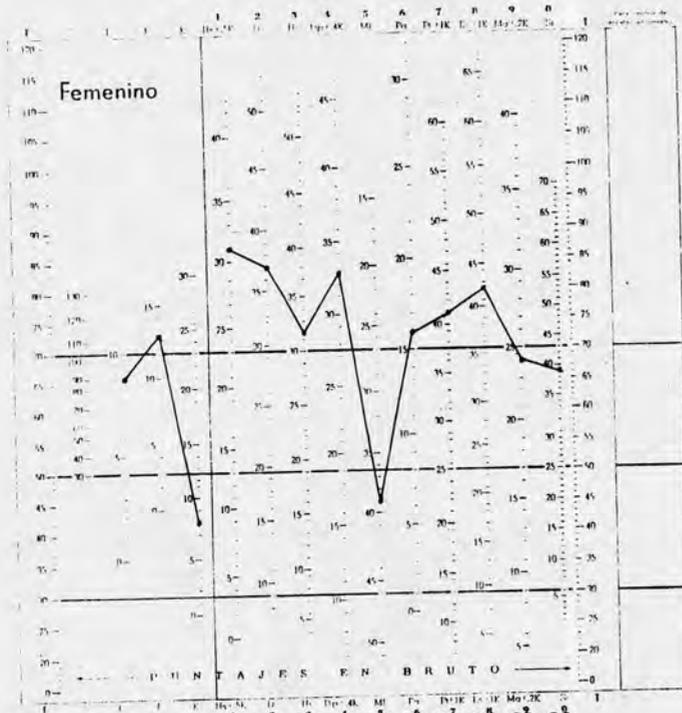
F
Femenino

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre SUJ. # 19
 (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____
 Años escolares o estudios cumplidos _____
 Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Escalas	1	2	3	4	5
10	15	12	6		
24	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
27	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

Diagnóstico: úlcera
 Código de Welsh:
 1248'736'90-5:F' L-K:

Puntaje en bruto	0	9	13	8	27	37	32	30	39	16	33	34	22	39
Agrega factor K				4			3				8	8	2	
Puntaje corregido				31			33				41	42	24	



Ima _____ Fecha _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

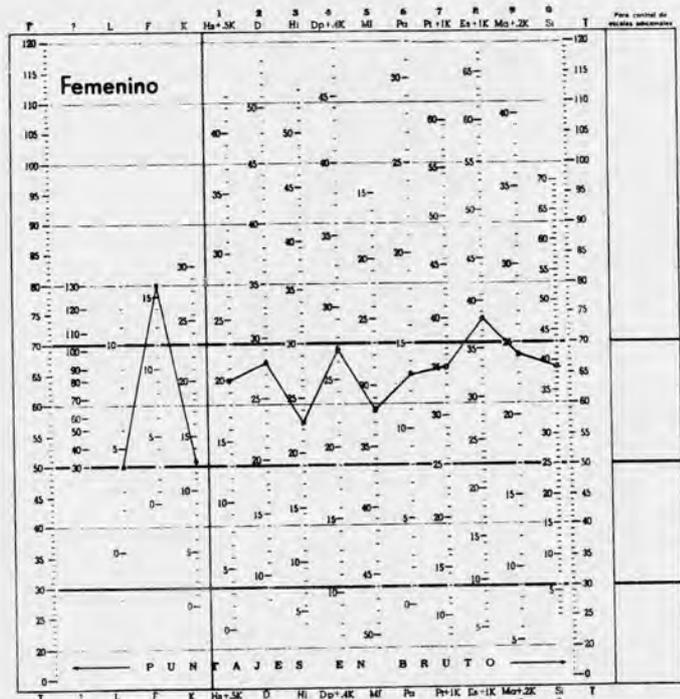
Nombre _____ (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

F
Femenino

Años escolares o estudios cumplidos _____

PERFIL GLOBAL

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K

NOTAS

Diagnóstico: hernia hiatal

n = 24

Código de Welsh:

8'4920761-53/F'KL/

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

Puntaje en bruto	1	4	16	13	13	28	23	22	32	13	22	25	21	39	---
Agregar factor K			7			5			13	13	3				---
Puntaje corregido			20			27			35	38	24				---



MMPI
2-4

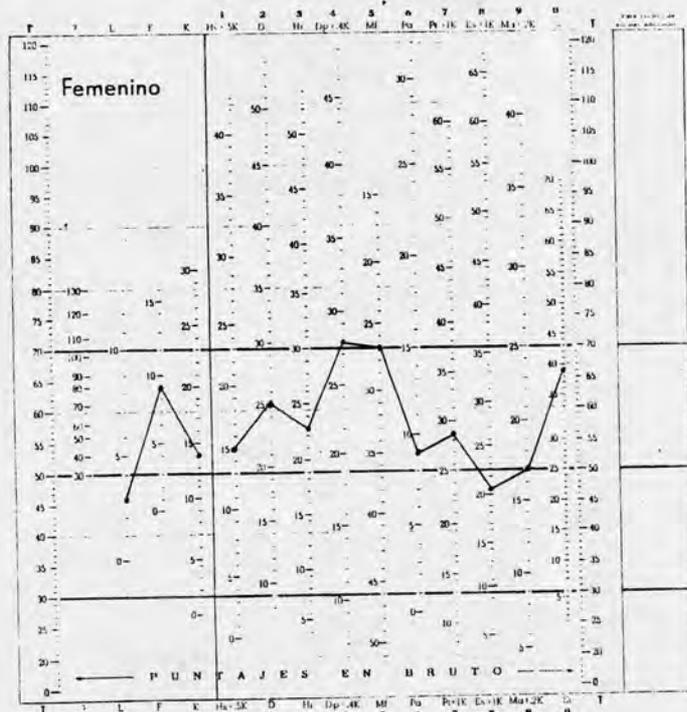
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre SUJ. # 4 (letra de molde)
Dirección _____
Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto 0 3 9 14 8 25 23 22 27 9 15 7 14 39
 Agregar factor K 7 6 14 14 3
 Puntaje corregido 15 28 29 21 17

Fraciones K

#	1	2	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

Diagnóstico: hernia hiatal
 Código de Welsh:
 45'02-37169/8:F-K/L:



Firma _____

Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre SUJ. # 8 (letra de molde)

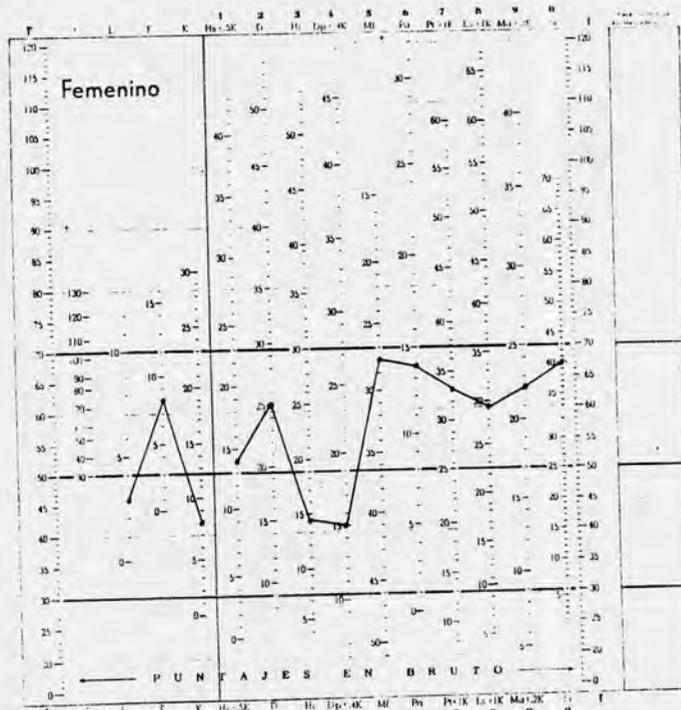
F
Femenino

Dirección _____

Orupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	3	8	8	10	25	14	12	28	14	25	21	20	40
Agregar factor K			4			3			15		8	8	2	
Puntaje corregido			4			14			13		17	13	18	40

NOTAS

Diagnóstico: hernia hiatal

Código de Welsh:

'5607928-1/34:F-LK:

	1	2	3	4
30	15	12	6	
29	15	12	6	
28	14	11	5	
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	

Firma _____

Fecha _____





2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre SUJ. # 18
(letra de molde)

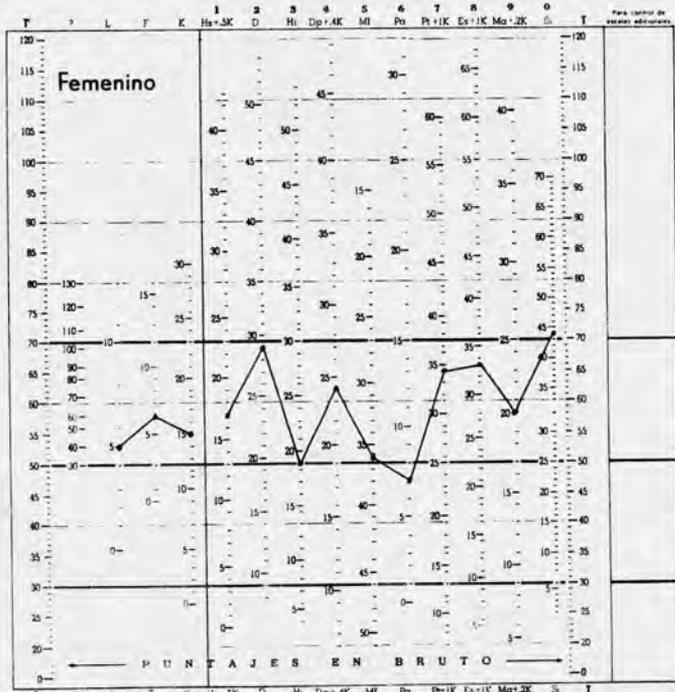
F
Femenino

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>15</u>	<u>9</u>	<u>29</u>	<u>19</u>	<u>18</u>	<u>36</u>	<u>7</u>	<u>19</u>	<u>18</u>	<u>17</u>	<u>44</u>
Agregar factor K				<u>8</u>				<u>6</u>			<u>15</u>	<u>15</u>	<u>3</u>	
Puntaje corregido				<u>17</u>				<u>24</u>			<u>34</u>	<u>33</u>	<u>20</u>	

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

Diagnóstico: hernia hiatal

Código de Welsh:

0'2874-9153/6:FKL/



Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

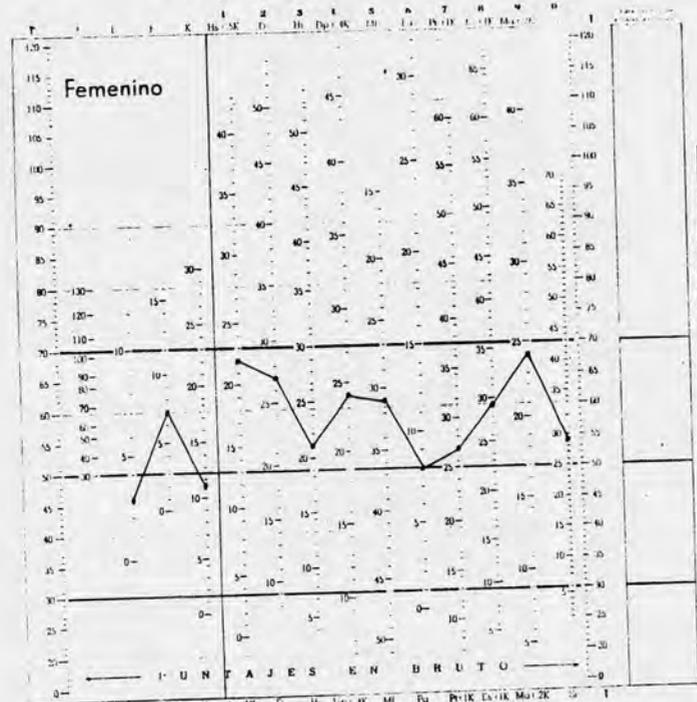
Nombre SUJ. # 34
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



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

NOTAS

Diagnóstico: hernia hiatal

Código de Welsh:

'192458-3076/F-KL:

Puntaje en bruto
 L 0 3 7 11 16 27 21 20 31 8 16 18 22 29
 Agregar factor K
 6 4 2 2 2
 Puntaje corregido 22 24 27 29 24



Firma _____

Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre SUJ. # 35
(letra de molde)

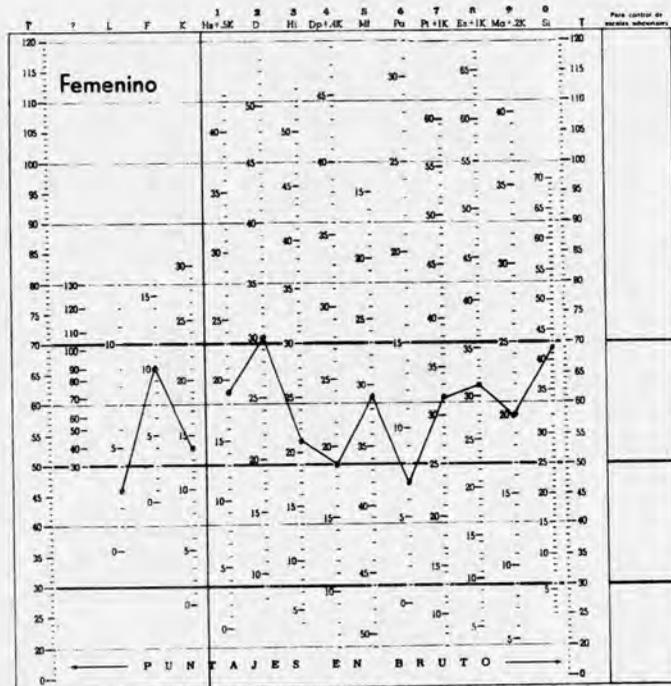
F
Femenino

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	3	3	10	14	12	30	21	13	31	7	18	17	17	42	---	---
Agregar factor K					7			6			14	14	3		---	---
Puntaje corregido					19			19			32	31	20		---	---

Fraciones K

K	S	A	J
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

Diagnóstico: hernia hiatal

Código de Welsh:

2'08157-934/6:F-K/L:



Firma _____ Fecha _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

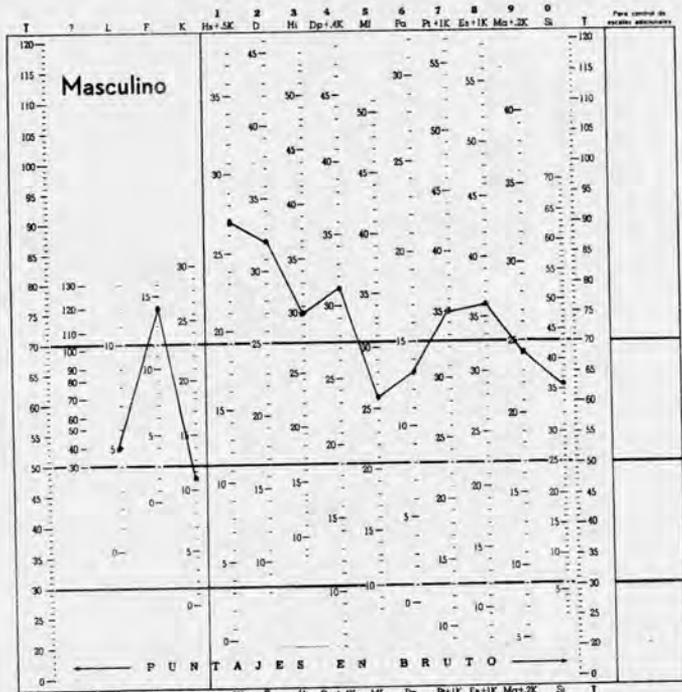


Nombre _____ (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

PERFIL GLOBAL

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	1	5	14	11	21	32	30	27	26	13	24	25	22	36
Agregar factor K				6			4				11	11	2	
Puntaje corregido				27			31				35	36	24	

Fraciones K

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

NOTAS

Diagnóstico: Úlcera
 n = 24
 Código de Welsh:
 1*2'4873'9605-F'L/K:

MM

2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

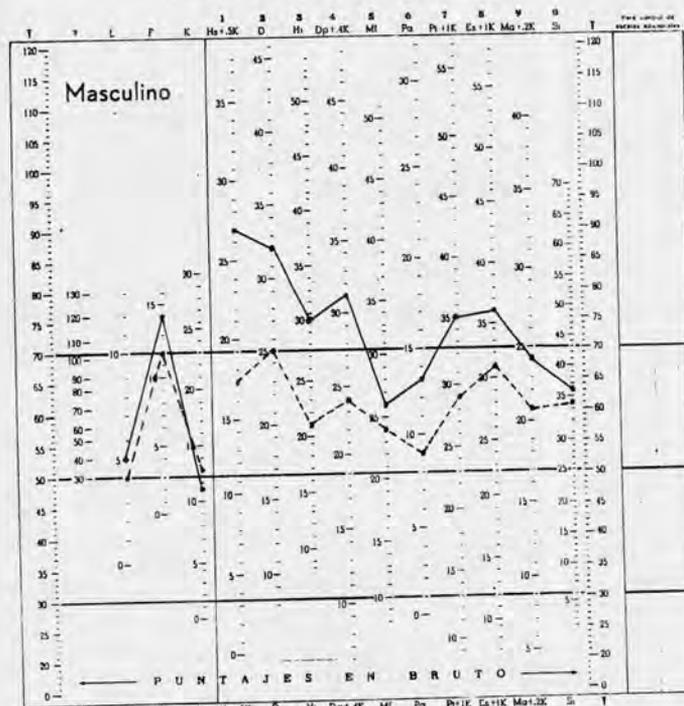
Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

M

Masculino



Puntaje en bruto 1 5 14 11 21 32 30 27 26 13 24 25 22 36

Agregar factor K 6 4 11 11 2

Puntaje corregido 1 4 12 13 10 25 21 19 24 9 16 18 18 34



El Manual Moderno, S.A.

D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A.
 under licence of the Psychological Corporation
 © 1949 and 1943, by the University of Minnesota

PERFILES GLOBALES

Fracciones K

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

NOTAS

Úlcera:

1*2'4873'9605-F'L/K:

----- hernia hiatal

2'814709-356/F'K/L/

150.

Firma _____ Fecha _____

MP
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre SUJ. # 6
(letra de molde)

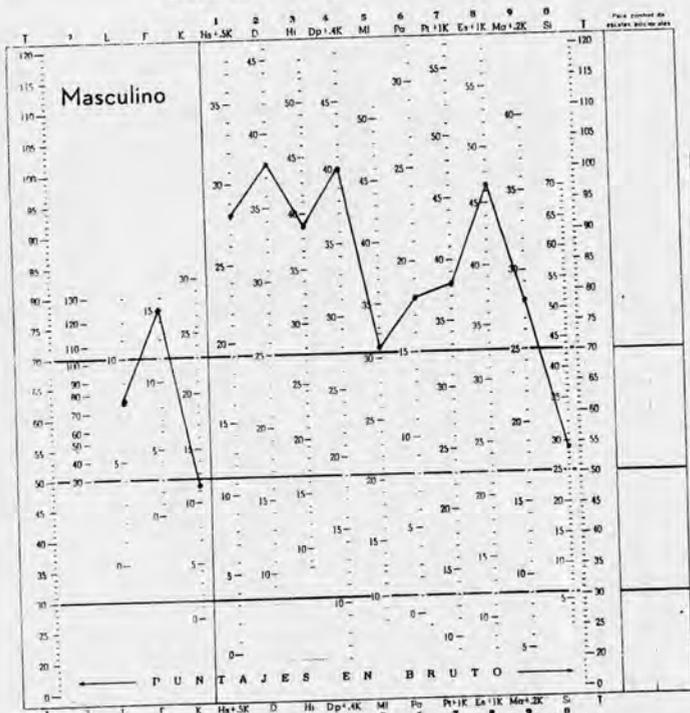
M
Masculino

Dirección _____

Occupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	8	15	12	22	38	39	35	31	18	26	35	26	29	---	---
Agregar factor K				6				5							---	---
Puntaje corregido				28				40			38	47	28		---	---

Fracciones K

K	S	A	J
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

Diagnóstico: Úlcera
Código de Welsh:
24813*7''695'0/F'L-K:

151.



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1945, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

MT
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

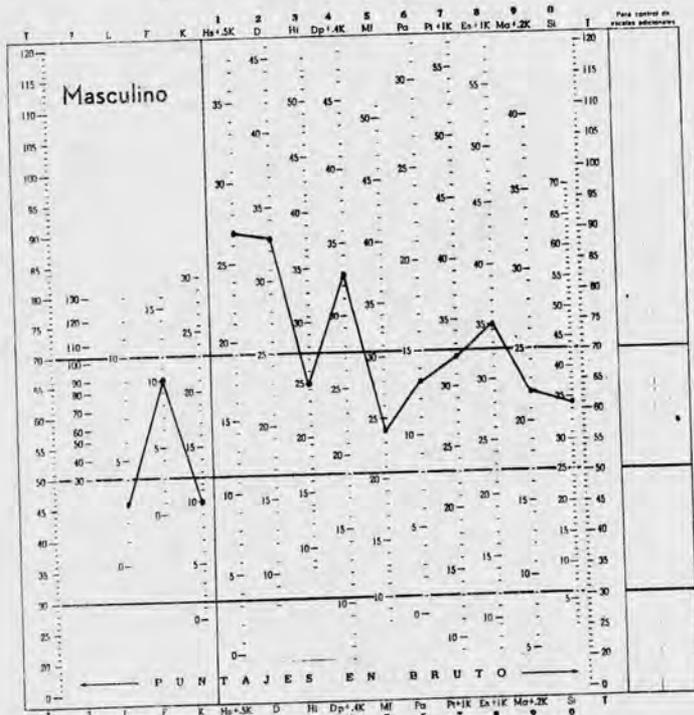
Nombre SUJ. # 10
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje on bruto	3	3	10	10	22	33	25	29	24	13	22	25	20	34	---	---
Agregar factor K					5			4			10	10	2		---	---
Puntaje corregido					27			33			32	35	22		---	---

NOTAS

Diagnóstico: úlcera

Código de Welsh:

1°24'8"73690-5/F-LK:

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



D.R. © 1967, por
El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1943, by
the University of Minnesota

Firma _____

Fecha _____

M
Masculino

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chanley McKinley

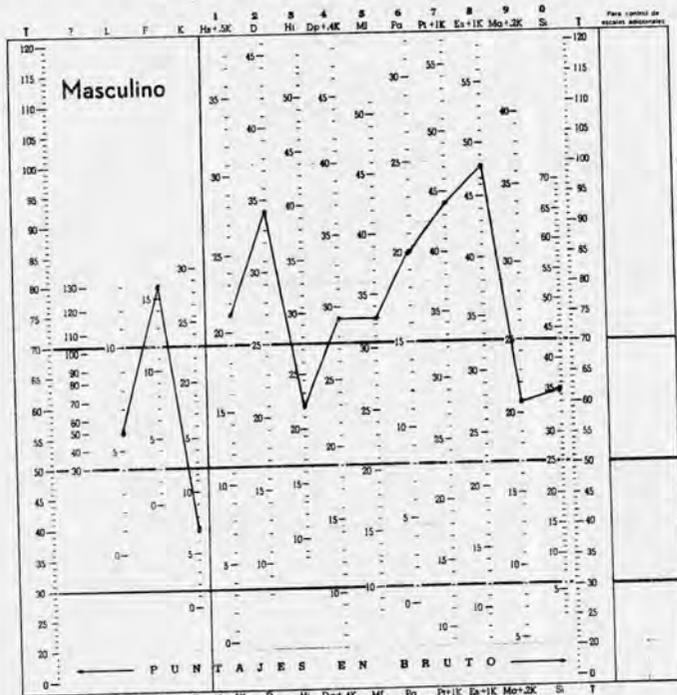
Nombre SUJ. # 13
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	6	16	7	17	34	22	26	33	20	37	41	20	35
Agregar factor K			4				3				7	7	1	
Puntaje corregido			21				29				44	48	21	

Fracciones K			
K	S	A	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

Diagnóstico: úlcera

Código de Welsh:

872°6'145'039-F''L/K:



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1945, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____



MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

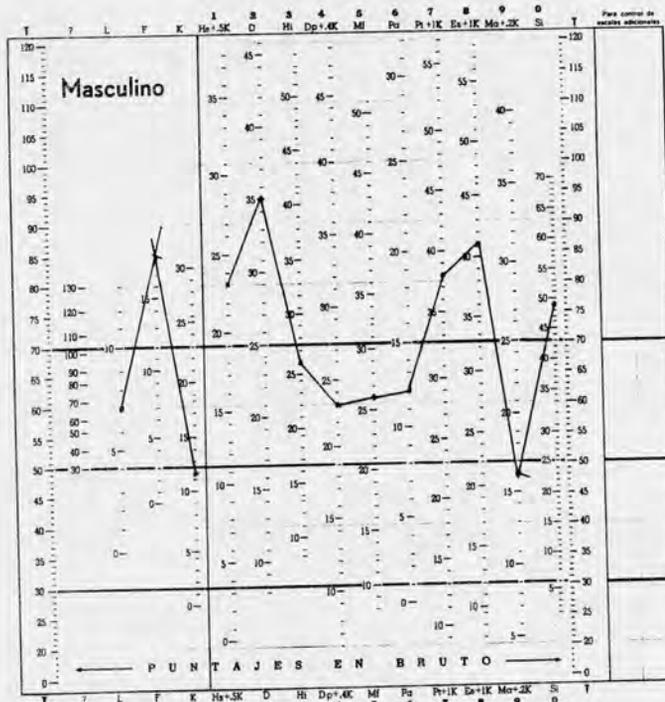
Nombre SUJ. # 14
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	7	18	12	17	35	26	18	26	12	26	29	14	49	---
Agregar factor K					6			5							---
Puntaje corregido					23			23				38	41	16	---

Fracciones K

	1	2	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	5	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

Diagnóstico: Úlcera

Código de Welsh:

2° 871'0'3654-9:F'L-K:



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ fecha _____

MM

2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M
Masculino

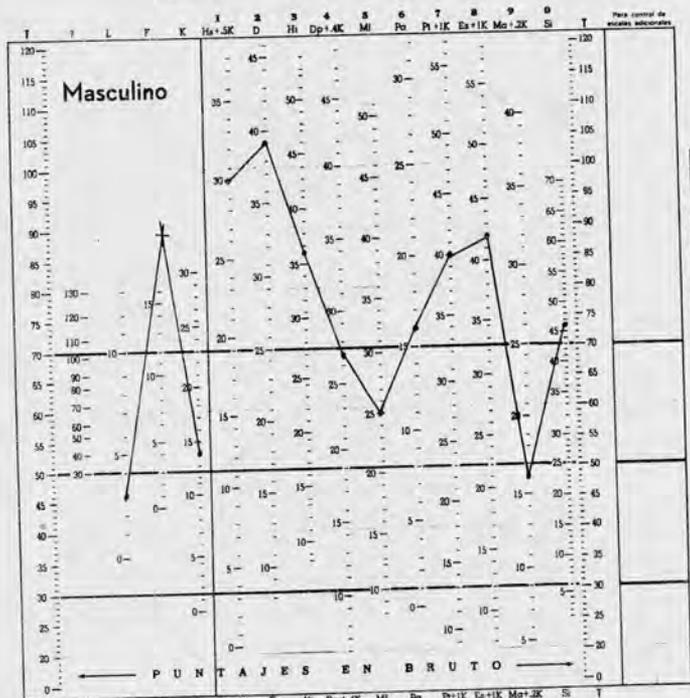
Nombre SUJ. # 15
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	3	20	14	23	39	36	21	25	16	26	28	13	46	—	—
Agregar factor K					7			6			14	14	3		—	—
Puntaje corregido					30			27			40	42	16		—	—

Fracciones K			
K	3	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

Diagnóstico: Úlcera

Código de Welsh:

21*837''60'45/9:F''K/L:



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre SUJ. # 18 (letra de molde)

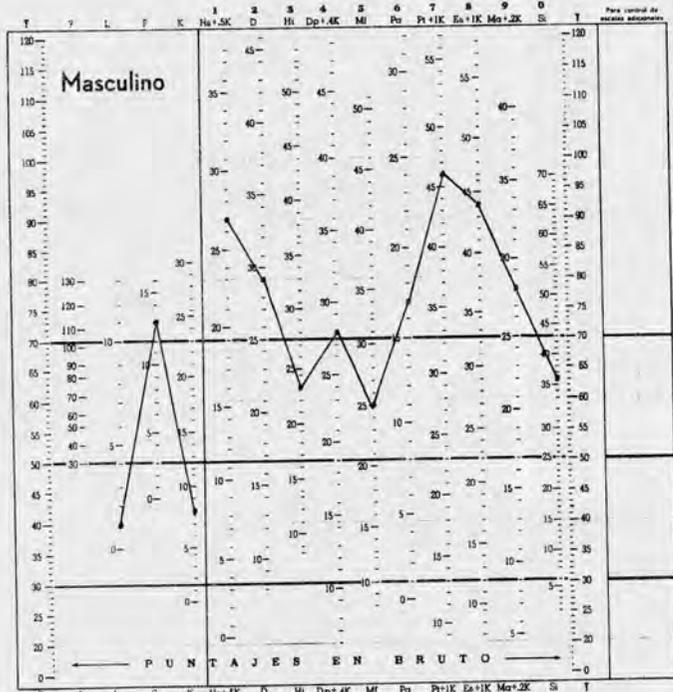
M
Masculino

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	1	13	8	23	29	23	25	25	17	38	36	26	36	---	---
Agregar factor K			4		3						8	8	2		---	---
Puntaje corregido			27		28						46	44	28		---	---

Fracciones K			
K	A	A	A
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

Diagnóstico: úlcera

Código de Welsh:

781*2'964'03-5/F'KL:



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____



MM
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

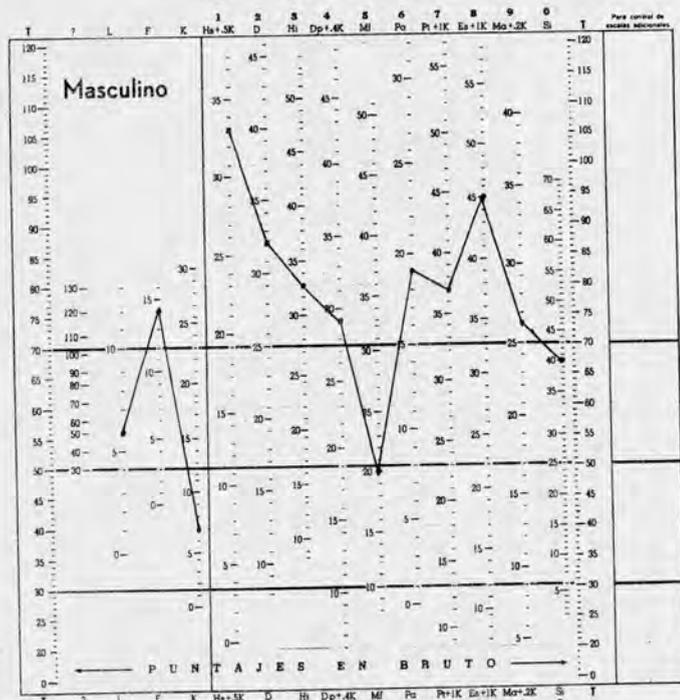
Nombre SUL # 23
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	6	14	7	29	32	33	26	20	19	30	38	25	40	---	---
Agregar factor K			4				3				7	7	1		---	---
Puntaje corregido			33				29				37	45	26		---	---

Fraciones K

E	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
Diagnóstico: úlcera
Código de Welsh:
18°263'749'0-5:F'L/K:



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

MP
2-4

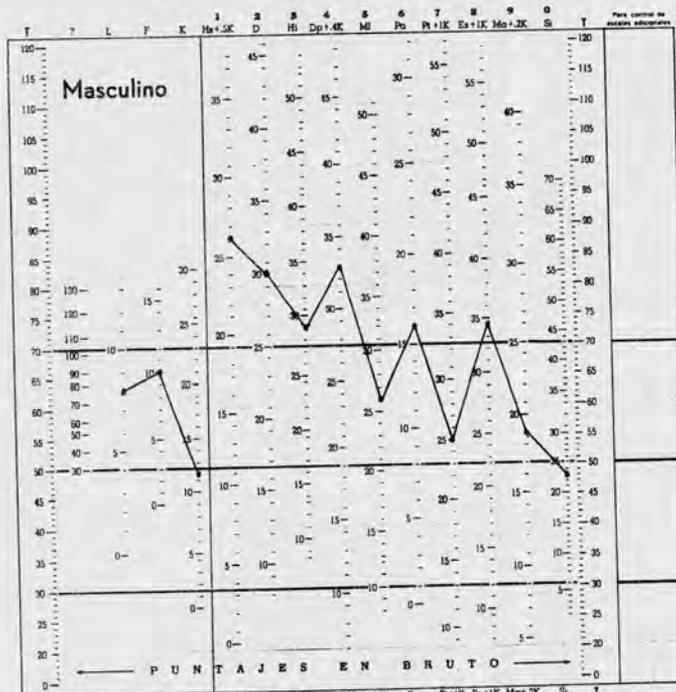
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M
Masculino

Nombre SUJ. # 27 (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____
 Años escolares o estudios cumplidos _____
 Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	8	10	12	20	30	29	28	26	16	13	22	17	23	---	---
Agregar factor K					6			5			12	12	2		---	---
Puntaje corregido					26			33			25	34	19		---	---

Fracciones K

K	3	4	1
30	15	12	5
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

Diagnóstico: úlcera
 Código de Welsh:
 142'368'5-97/0:FL-K:



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M
Masculino

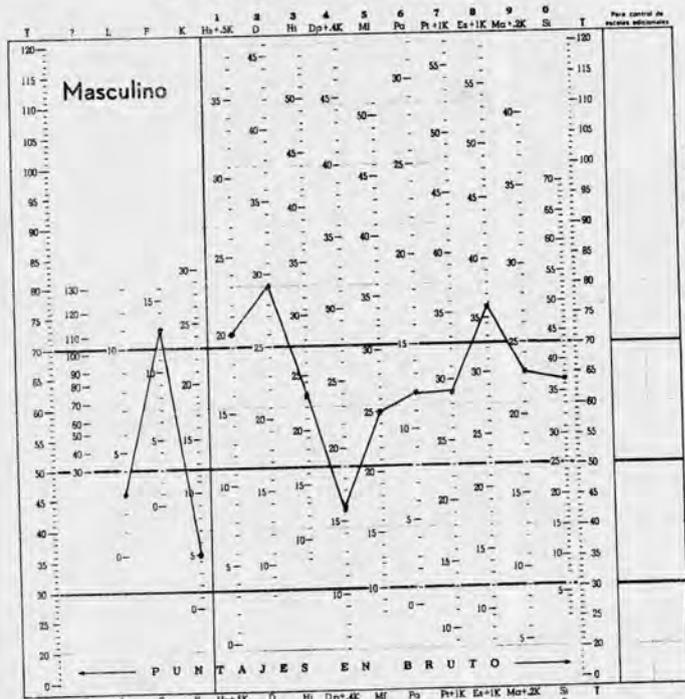
Nombre SUJ. # 29
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	3	13	5	17	29	23	14	25	12	24	31	22	37	---	---
Agregar factor K			3					2			5	5	1		---	---
Puntaje corregido			20					16			29	36	23		---	---

Fracciones K			
E	S	A	J
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

Diagnostico: Úlcera

Código de Welsh:

2'81'90367-5/4:F'L:K#



D.R. © 1967, por
El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S. A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1943, by
the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____



MP
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

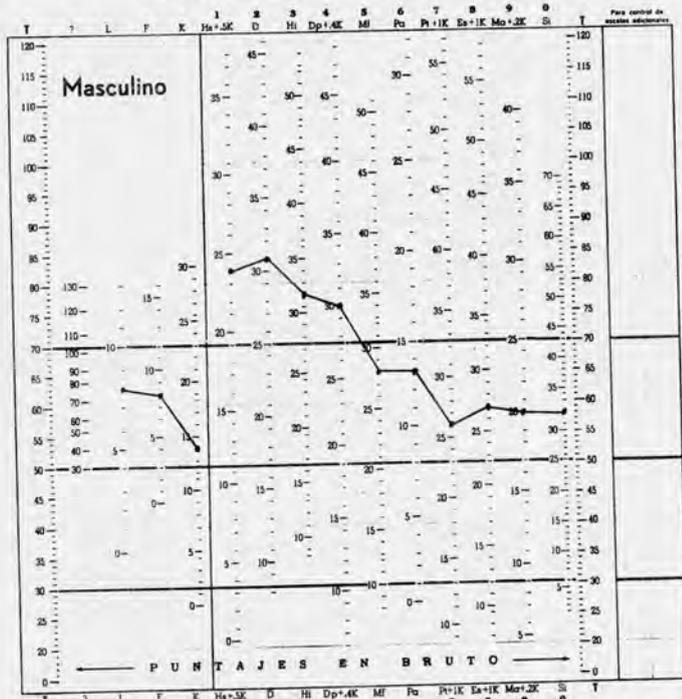
Nombre SUJ. # 30
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K			
K	A	A	A
30	15	12	8
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
Diagnóstico: úlcera
Código de Welsh:
21'34'56-8907/LF-K/

Puntaje en bruto	0	8	8	14	17	31	32	24	28	13	12	13	17	32	---	---
Agregar factor K			7				6		14	14	3				---	---
Puntaje corregido			24				30		26	27	20				---	---



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

160.

MMPI

2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M

Masculino

Nombre _____ (letra de molde)

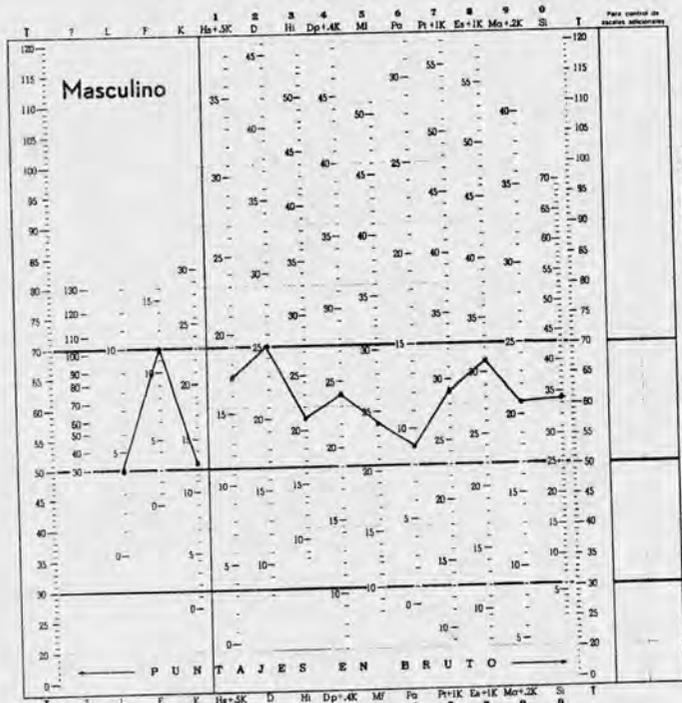
Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

PERFIL GLOBAL

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	1	4	12	13	10	25	21	19	24	9	16	18	18	34	---	---
Agregar factor K			7					5			13	13	3		---	---
Puntaje corregido			17					24			29	31	21		---	---

Fracciones K

	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	1		
28	14		5		
27	14		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

Diagnostico: hernia hiatal

n = 24

Código de Welsh:

2'814709-356/F'KL/



D.R. © 1967, por
El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1943, by
the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

M
Masculino

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

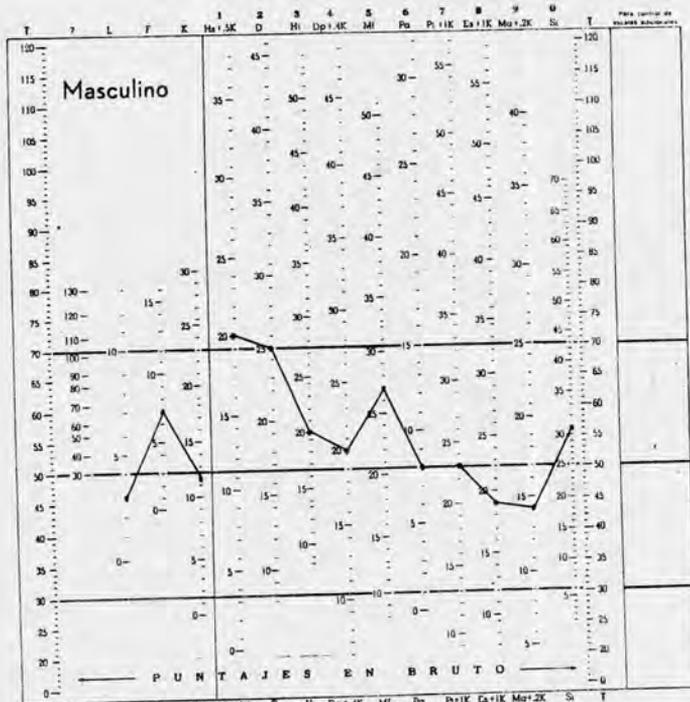
Nombre SUJ. # 1
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	1	3	7	12	14	25	20	15	27	8	11	7	12	31
Agregar factor K			6				5				12	12	2	
Puntaje corregido			20				20				23	19	14	

Fracciones K

K	S	A	T
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

Diagnostico: hernia hiatal
Código de Welsh:
12'5-30467/89:F-KL



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____



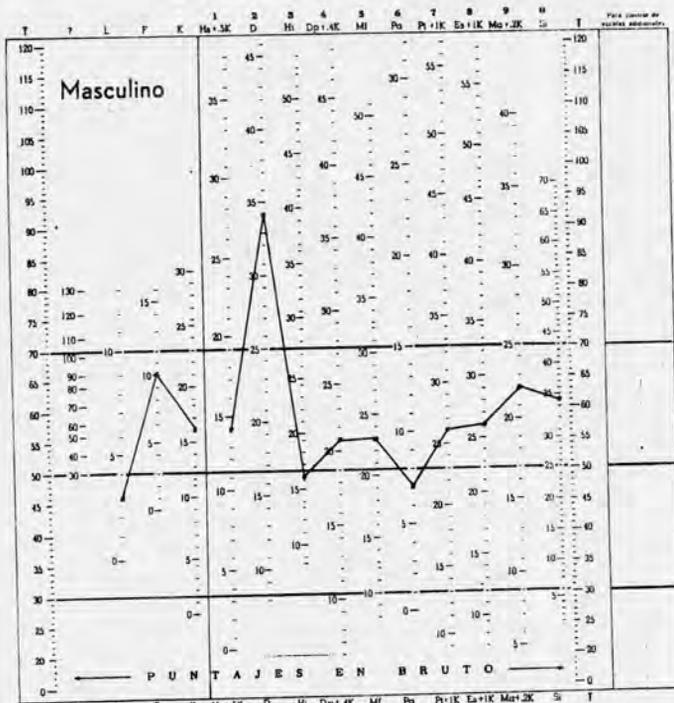
MP
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre SUJ. # 2
(letra de molde)
Dirección _____
Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____
Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	0	3	10	16	6	34	16	15	23	7	10	10	19	34	---	---
Agregar factor K					8		6				16	16	3			
Puntaje corregido					14		21				26	26	22			

Fracciones K

K	1	2	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	1	0		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		

NOTAS

Diagnostico: hernia hiatal
Código de Welsh:
2*90-81745/36:F-K/L:



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

MM
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M
Masculino

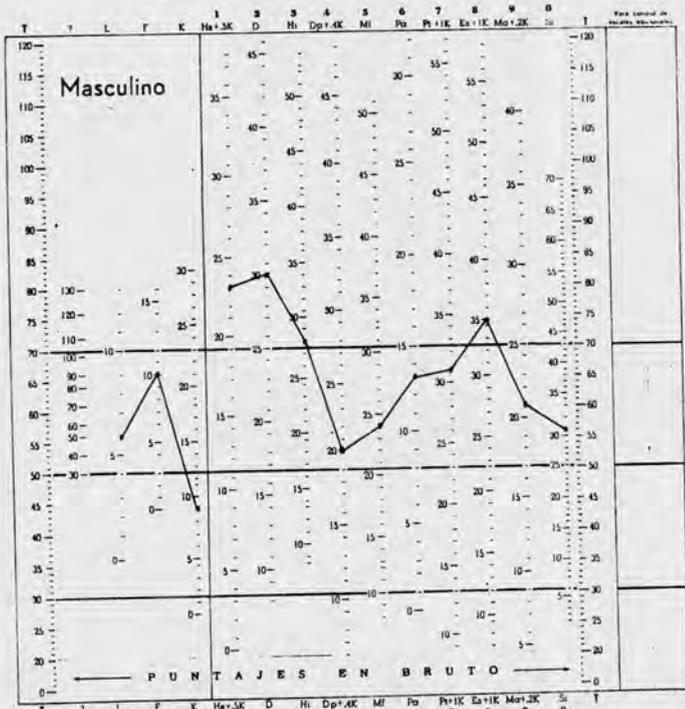
Nombre SUJ. # 5 (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K

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

NOTAS

Diagnóstico: hernia hiatal

Código de Welsh:

21'83'769-504/F-L/K:

Puntaje en bruto: 0 6 10 9 18 30 28 16 24 13 22 26 19 31
 Agregar factor K: 5 4 9 9 2
 Puntaje corregido: 23 20 31 35 21



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

M
Masculino

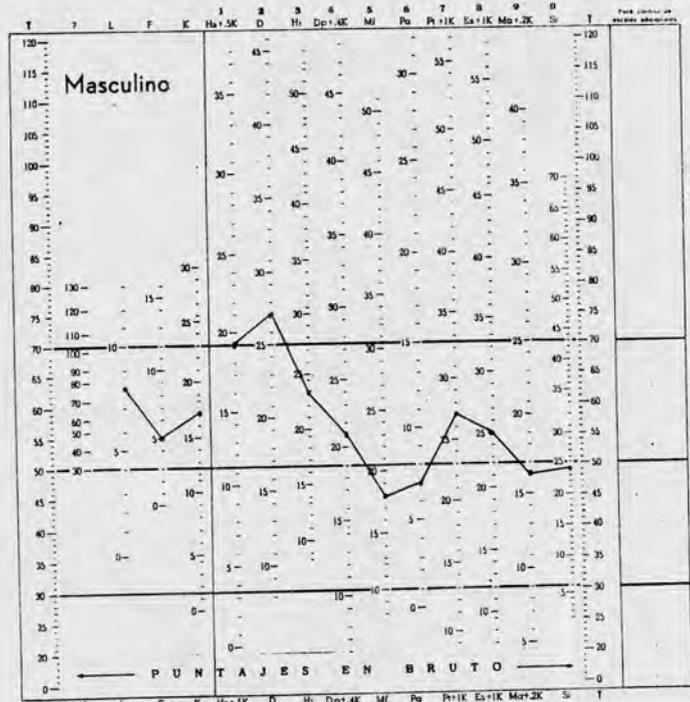
Nombre SUJ. # 10
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ fecha de la Prueb. _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	3	8	5	17	10	27	23	14	18	7	10	8	13	24	---	---
Agregar factor K				9				7			17	17	3		---	---
Puntaje corregido				19				21			27	25	16		---	---

Fraciones K

#	3	4	1
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

Diagnóstico: hernia hiatal
Código de Welsh:
21'3-748/0965:L-KF/

165.



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1945, by the University of Minnesota

Firma _____

Fecha _____

MM
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Çharnley McKinley

M
Masculino

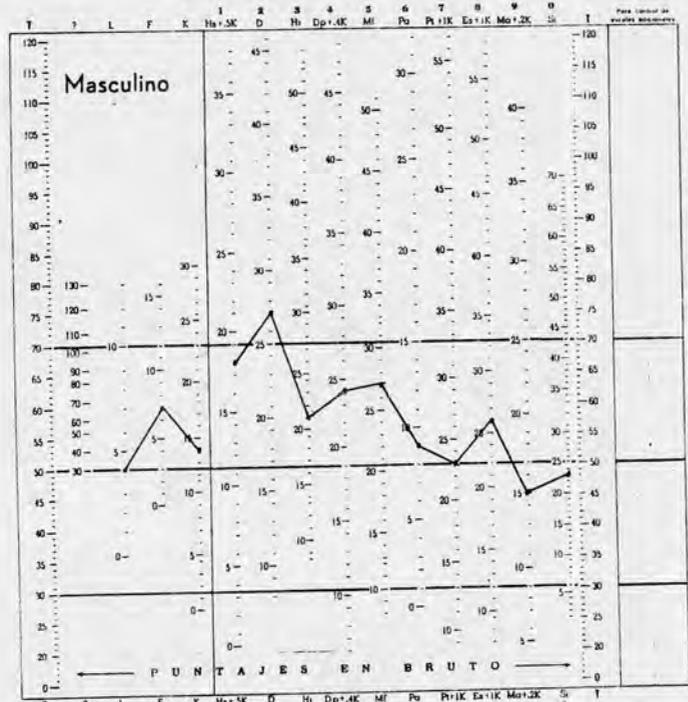
Nombre SUJ. # 13
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K

K	S	A	I
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

Diagnóstico: hernia hiatal
Código de Welsh:
2'154-3867/09:F-KL/

Puntaje en bruto	1	4	7	14	11	27	21	18	27	9	9	12	12	23	---	---
Agregar factor K				7				6			14	14	3		---	---
Puntaje corregido				18				24			23	26	15		---	---

166.

Firma _____ Fecha _____

A P E N D I C E B

SEXO FEMENINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

AREA FAMILIAR

- 1.- SIENTO QUE MI PADRE RARA VEZ: era comprensivo
- 1.- SIENTO QUE MI PADRE RARA VEZ: dejaba de tomar
- 12.- COMPARADA CON LA MAYORIA DE LAS FAMILIAS LA MIA: me fastidiaría.
- 16.- SI MI PADRE SOLAMENTE FUERA; si hubiera sido más comprensivo.
- 16.- SI MI PADRE SOLAMENTE FUERA: cariñoso atento con mi familia.
- 27.- MI FAMILIA ME TRATA: como a una niña, me regaña mucho
- 46.- PIENSO QUE MI PADRE. ES: muy estricto.

AREA SEXUAL

- 25.- PIENSO QUE LA MAYORIA DE LOS MUCHACHOS: fatuos
- 25.- PIENSO QUE LA MAYORIA DE LOS MUCHACHOS: son muy hipócritas
- 26.- MI CONCEPTO DEL MATRIMONIO ES: malo, como no me fue bien
- 26.- MI CONCEPTO DEL MATRIMONIO ES: no me gustaría casarme, solo con un hombre maduro
- 26.- MI CONCEPTO DEL MATRIMONIO ES: mejor vivir sola
- 40.- CREO QUE LA MAYORIA DE LOS HOMBRES: inmaduros
- 40.- CREO QUE LA MAYORIA DE LOS HOMBRES: no son buenos
- 40.- CREO QUE LA MAYORIA DE LOS HOMBRES: son incomprensibles
- 40.- CREO QUE LA MAYORIA DE LOS HOMBRES: son difíciles
- 41.- SI YO HUBIERA TENIDO RELACIONES SEXUALES: estando casada
- 55.- LO QUE MENOS ME GUSTA DE LOS HOMBRES: que sean infantiles.
- 55.- LO QUE MENOS ME GUSTA DE LOS HOMBRES: su falsedad
- 55.- LO QUE MENOS ME GUSTA DE LOS HOMBRES: sus hipocresías
- 55.- LO QUE MENOS ME GUSTA DE LOS HOMBRES: que ya no tienen nada de hombres

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES

- 6.- LAS PERSONAS QUE SON MIS SUPERIORES: son iguales a mí
- 8.- SIENTO QUE UN VERDADERO AMIGO; no tengo
- 8.- SIENTO QUE UN VERDADERO AMIGO: no lo tengo
- 13.- EN EL TRABAJO ME LLEVO BIEN: por encima porque soy muy seria y antisociable
- 23.- NO ME GUSTA LA GENTE QUE: habla de uno
- 28.- LAS PERSONAS CON QUIEN TRABAJO (CONVIVO) SON: a todos los pongo en su lugar
- 38.- LA GENTE QUE MAS ME GUSTA: sería la gente sincera, pero -- nunca la he encontrado
- 43.- ME GUSTARIA TRABAJAR (ESTAR) CON PERSONAS QUE: me -- comprendieran
- 48.- AL DAR ORDENES A OTROS: nunca me obedecen
- 53.- CUANDO NO ESTOY PRESENTE MIS AMIGOS (O AMISTADES): hablan de mí aunque no tengo muchos
- 53.- CUANDO NO ESTOY PRESENTE MIS AMIGOS (O AMISTADES): murmuran de mí.

AREA DEL CONCEPTO DE SI MISMO

- 7.- SE QUE ES UNA TONTERIA PERO TENGO MIEDO: a los gusanos del árbol
- 7.- SE QUE ES UNA TONTERIA PERO TENGO MIEDO: de estar en el hospital
- 15.- DARIA CUALQUIER COSA POR OLVIDAR LA VEZ QUE YO: le contestaba a mis padres
- 15.- DARIA CUALQUIER COSA POR OLVIDAR LA VEZ QUE YO: tuve relaciones sexuales con mi esposo, cuando era mi novio
- 22.- LA MAYORIA DE MIS AMISTADES NO SABEN QUE YO TENGO MIEDO DE: los viciosos
- 30.- MI PEOR EQUIVOCACION FUE: tener relaciones sexuales con mi novio, aunque me casé con él
- 37.- ME GUSTARIA PERDER EL MIEDO A: los señores que toman de masiado
- 60.- LA PEOR COSA QUE HE HECHO EN MI VIDA: tener relaciones sexuales antes de casarme.

AREA DE LA ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD

- 1a. - SIENTO QUE MI ENFERMEDAD: es peligrosa
- 1a. - SIENTO QUE MI ENFERMEDAD: grande
- 1a. - SIENTO QUE MI ENFERMEDAD: me está agotando
- 1a. - SIENTO QUE MI ENFERMEDAD: es muy grave
- 6a. - MI ENFERMEDAD: creo yo, que es delicada
- 6a. - MI ENFERMEDAD: es larga
- 6a. - MI ENFERMEDAD: se me hizo muy fuerte
- 12a. - HOY QUE ME SIENTO ENFERMA: me siento morir
- 21a. - SE QUE MI ENFERMEDAD: yo no sé, pero me dijeron que es -
mental
- 21a. - SE QUE MI ENFERMEDAD: me acaba por completo
- 21a. - SE QUE MI ENFERMEDAD: es grave y me van a operar
- 33a. - LA MUJER ANTE LA ENFERMEDAD: es cobarde
- 33a. - LA MUJER ANTE LA ENFERMEDAD: es muy débil
- 48a. - SE QUE ESTOY ENFERMA PORQUE: tal vez porque soy muy ner-
viosa
- 48a. - SE QUE ESTOY ENFERMA PORQUE: por los gusanos
- 48a. - SE QUE ESTOY ENFERMA PORQUE: la vida, la quiero mucho
- 48a. - SE QUE ESTOY ENFERMA PORQUE: hice muchos corajes

SEXO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE ULCERA:

AREA FAMILIAR

- 1. - SIENTO QUE MI PADRE RARA VEZ: comprende
- 1. - SIENTO QUE MI PADRE RARA VEZ: está contento
- 1. - SIENTO QUE MI PADRE RARA VEZ: llega a la casa
- 1. - SIENTO QUE MI PADRE RARA VEZ: no, no, nos comprende
- 12. - COMPARADA CON LA MAYORIA DE LAS FAMILIAS LA MIA:
es un desastre
- 14. - MI MADRE: no me quiere, es muy voluble
- 14. - MI MADRE: nos descuidó
- 16. - SI MI PADRE SOLAMENTE FUERA: un poco comprensible
- 16. - SI MI PADRE SOLAMENTE FUERA: trabajador no estuvieramos
como estamos

- 16. - SI MI PADRE SOLAMENTE FUERA: responsable
- 16. - SI MI PADRE SOLAMENTE FUERA: que no fuera borracho
- 27. - MI FAMILIA ME TRATA COMO: mi mujer me corrió de mi casa, porque la encontré con otro
- 29. - MI MADRE Y YO: no nos hablamos
- 31. - DESEO QUE MI PADRE: fuera diferente
- 31. - DESEO QUE MI PADRE: ya no le pegue a mi mamá
- 44. - PIENSO QUE LA MAYORIA DE LAS MADRES: son unas mantenidas
- 46. - PIENSO QUE MI PADRE ES: un borracho, un irresponsable
- 59. - ME GUSTA MI MADRE PERO: es una dejada

AREA SEXUAL

- 11. - CUANDO VEO A UNA MUJER Y UN HOMBRE JUNTOS:pienso en los celos
- 25. - PIENSO QUE LA MAYORIA DE LAS MUCHACHAS: no me estiman como antes
- 25. - PIENSO QUE LA MAYORIA DE LAS MUCHACHAS: son irresponsables
- 25. - PIENSO QUE LA MAYORIA DE LAS MUCHACHAS: no me quieren
- 25. - PIENSO QUE LA MAYORIA DE LAS MUCHACHAS: son malas
- 40. - CREO QUE LA MAYORIA DE LAS MUJERES: son tontas
- 40. - CREO QUE LA MAYORIA DE LAS MUJERES: son malas
- 41. - SI YO HUBIERA TENIDO RELACIONES SEXUALES: medidas, no sufriría como ahora
- 41. - SI YO HUBIERA TENIDO RELACIONES SEXUALES: Las he tenido y por esto tengo problemas
- 41. - SI YO HUBIERA TENIDO RELACIONES SEXUALES: mi vida sería otra
- 41. - SI YO HUBIERA TENIDO RELACIONES SEXUALES: no me gusta porque acarrea dificultades
- 41. - SI YO HUBIERA TENIDO RELACIONES SEXUALES: hubo problemas con el suegro

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES

- 6.- LAS PERSONAS QUE SON MIS SUPERIORES: por lo regular me caen gordas.
- 8.- SIENTO QUE UN VERDADERO AMIGO: es falso
- 8.- SIENTO QUE UN VERDADERO AMIGO: me "hizo" la enfermedad por envidia.
- 8.- SIENTO QUE UN VERDADERO AMIGO: me traiciona a mí.
- 8.- SIENTO QUE UN VERDADERO AMIGO: un peso en la bolsa
- 8.- SIENTO QUE UN VERDADERO AMIGO: es el dinero
- 8.- SIENTO QUE UN VERDADERO AMIGO: no hay amigos
- 8.- SIENTO QUE UN VERDADERO AMIGO: llegué a las manos con todos.
- 13.- EN EL TRABAJO ME LLEVO BIEN: muy mal por mis medios hermanos.
- 13.- EN EL TRABAJO ME LLEVO BIEN: conmigo mismo.
- 13.- EN EL TRABAJO ME LLEVO BIEN: al contrario hecho pleito con todos.
- 13.- EN EL TRABAJO ME LLEVO BIEN: con los clientes me peleo.
- 21.- EN LA ESCUELA MIS MAESTROS: se enojaban conmigo
- 23.- NO ME GUSTA LA GENTE QUE: ahora se ríe de mí.
- 23.- NO ME GUSTA LA GENTE QUE: no me gusta nadie, me gusta estar solo.
- 38.- LA GENTE QUE MAS ME GUSTA: es la que vive lejos de mí.
- 43.- ME GUSTARIA TRABAJAR CON PERSONAS QUE: me comprendieran.
- 58.- LA GENTE QUE TRABAJA CONMIGO GENERALMENTE: eran hombres trabajadores, pero pienso si no me traicionaban con mi mujer.

AREA DEL CONCEPTO DE SI MISMO

- 7.- SE QUE ES UNA TONTERIA PERO TENGO MIEDO: al tiempo incierto.
- 2.- CUANDO LA SUERTE ESTA EN MI CONTRA: siempre
- 5.- EL FUTURO ME PARECE: incierto.
- 7.- SE QUE ES UNA TONTERIA PERO TENGO MIEDO: de problemas, me preocupo mucho.

22. - LA MAYORIA DE MIS AMISTADES NO SABEN QUE YO TENGO MIEDO DE: perder mi familia.
37. - ME GUSTARIA PERDER EL MIEDO A: la vida
32. - MI MAYOR DEBILIDAD: es tomar
45. - CUANDO ERA PEQUEÑO ME SENTIA CULPABLE DE; responderles mal.
52. - A VECES MIS TEMORES ME IMPULSAN A: ser más peleonero.
49. - LO QUE MAS DESEO EN LA VIDA ES: no ser tan peleonero.
60. - LA PEOR COSA QUE HE HECHO EN MI VIDA: ser peleonero porque no me desquito y tener relaciones sexuales con mi novia, - porque ahora quiere terminar.
60. - LA PEOR COSA QUE HE HECHO EN MI VIDA: que no pude encontrarme una compañera como yo la deseaba.

AREA ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD

- 1a. - SIENTO QUE MI ENFERMEDAD: me está acabando.
- 6a. - MI ENFERMEDAD: me va a matar.
- 6a. - MI ENFERMEDAD: es INCURABLE.
- 12a. - HOY QUE ME SIENTO ENFERMO: me da coraje.
- 12a. - HOY QUE ME SIENTO ENFERMO: me quiero morir.
- 33a. - EL HOMBRE ANTE LA ENFERMEDAD: se desmoraliza.
- 33a. - EL HOMBRE ANTE LA ENFERMEDAD: tiene miedo.
- 33a. - EL HOMBRE ANTE LA ENFERMEDAD: es cobarde.
- 48a. - SE QUE ESTOY ENFERMO PORQUE: tomaba mucho.
- 48a. - SE QUE ESTOY ENFERMO PORQUE: yo tengo la culpa, no me cuidaba, tomaba desde 14 años.
- 21a. - SE QUE MI ENFERMEDAD: es la paga de mis pecados.

GRUPO FEMENINO CON DIAGNOSTICO DE HERNIA HIATAL:

AREA FAMILIAR

1. - SIENTO QUE MI PADRE RARA VEZ: nos pegaba.
12. - COMPARADA CON LA MAYORIA DE LAS FAMILIAS LA MIA: es mejor
16. - SI MI PADRE SOLAMENTE FUERA: es muy responsable.

AREA SEXUAL

- 25. - PIENSO QUE LA MAYORIA DE LOS MUCHACHOS: son simpáticos
- 26. - MI CONCEPTO DEL MATRIMONIO ES: no soy casada.
- 41. - SI YO HUBIERA TENIDO RELACIONES SEXUALES: es lo normal.

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES

- 6. - LAS PERSONAS QUE SON MIS SUPERIORES: las respeto.
- 8. - SIENTO QUE UN VERDADERO AMIGO: es un muchacho de la colonia.
- 38. - LA GENTE QUE MAS ME GUSTA: la que trato diario.

AREA DEL CONCEPTO DE SI MISMO

- 7. - SE QUE ES UNA TONTERIA PERO TENGO MIEDO: pero me impongo.
- 15. - DARIA CUALQUIER COSA POR OLVIDAR LA VEZ QUE YO: pues - que yo recuerde algo malo no.
- 30. - MI PEOR EQUIVOCACION FUE: no estudiar más.

AREA ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD

- 1a. - SIENTO QUE MI ENFERMEDAD: me voy a curar.
- 12a. - HOY QUE ME SIENTO ENFERMA: pues me voy a cuidar y sano.
- 33a. - LA MUJER ANTE LA ENFERMEDAD: es muy valiente.

GRUPO MASCULINO CON DIAGNOSTICO DE HERNIA HIATAL:

AREA FAMILIAR

- 1. - SIENTO QUE MI PADRE RARA VEZ: se enojaba.
- 31. - DESEO QUE MI PADRE: es un amigo.
- 59. - ME GUSTA MI MADRE PERO: no hay ningún pero.

AREA SEXUAL

- 11. - CUANDO VEO A UNA MUJER Y UN HOMBRE JUNTOS: han de ser novios.

- 40.- CREO QUE LA MAYORIA DE LAS MUJERES: son bonitas
 41.- SI YO HUBIERA TENIDO RELACIONES SEXUALES: las he tenido y me gusta.

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES

- 13.- EN EL TRABAJO ME LLEVO BIEN: casi con todos, con los otros más o menos.
 23.- NO ME GUSTA LA GENTE QUE: cada quien es como quiere y así me caen bien.
 58.- LA GENTE QUE TRABAJA CONMIGO GENERALMENTE: me cae bien.

AREA DEL CONCEPTO DE SI MISMO

- 2.- CUANDO LA SUERTE ESTA EN MI CONTRA: lucho
 5.- EL FUTURO ME PARECE: bien
 49.- LO QUE MAS DESEO EN LA VIDA ES: pobremente pero tenemos todo.

AREA ACTITUD HACIA SU ENFERMEDAD

- 1a.- SIENTO QUE MI ENFERMEDAD: "va ser operada"
 6a.- MI ENFERMEDAD: me va a encamar pero voy a sanar
 12a.- HOY QUE ME SIENTO ENFERMO: estoy triste, pero que tal cuando salga, me voy a divertir.

NOTA: De los dos grupos de pacientes con hernia hiatal se anotaron menos ejemplos que los ulcerosos, porque las respuestas no son significativas.

A P E N D I C E C

ESCALA DE PERCENTILES

FORMA "A"

PIERRE GILLES WEIL

E D A D E S

PERCENTIL	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	ADULTOS	PROF. LIB.	ANALFABETA
Sup.	90	35	41	42	46	46	47	46	48	50	47	57	30
AL	80	31	36	39	42	43	43	43	43	46	43	56	23
T.M.	75	30	34	38	40	43	42	41	41	42	44		
T.	70	29	33	37	39	41	40	40	40	42	40	55	21
M.	60	27	31	35	37	38	38	37	38	37	38	53	19
	50	25	28	33	35	36	36	35	36	35	36	51	17
Inf.	40	23	26	31	32	34	35	33	34	33	34	49	16
AL	30	21	23	30	30	32	33	31	32	31	30	46	13
T.M.	25	20	22	28	29	31	32	30	31	30	28		
Defic.	20	17	20	26	28	29	31	28	29	29	27	42	12
	10	11	15	21	25	25	26	23	26	25	23	40	7

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Langman M.J., "Lo esencial de la gastroenterología", Ed. El Manual Moderno, 1976, Págs. 14, 15, 16.
- (2) Delay Jean, "Introducción a la Medicina Psicosomática", Ed. Toray-Masson, 1964.
- (3) López, Ibor J.J., "Las neurosis como enfermedades del ánimo". Ed. Gredos, S.A., 1966.
- (4) Noyes Arthur P., Kolb L.C., "Psiquiatría Clínica Moderna", Ed. Fournier. Prensa Médica Mexicana, Traductor: Dr. Leopoldo Chagoya Beltrán. 1969. Págs. 461, 462, 463.
- (5) May Rollo, "El dilema Existencial del Hombre Moderno", Ed. Paidós. 1968. Traductor: Roberto M. Baretto. Págs. de la 81 a la 117.
- (6) Brun R., "Teoría General de las Neurosis", Ed. Siglo XXI, 1968. Traductor: Armando Suárez, Págs. 53, 54, 55, 75, 76.
- (7) Millón Theodore, "Psicopatología Moderna", Ed. Salvat, 1976. Págs. 449 a la 452 y de la 465 a la 468.
- (8) Mayer-Gross W., Salter E., y Roth M., "Psiquiatría - Clínica", Ed. Paidós. Traductor: Dr. José Cortada.
- (9) Huitrón C.G., "Algunos aspectos de inadaptación psicológica del enfermo cardíaco reumático explorados a través de la prueba proyectiva de Frases Incompletas de Sacks". Tesis Profesional. 1967.
- (10) Kerlinger F.N., "Investigación del Comportamiento". Técnicas y Metodología. Ed. Interamericana. 1975, pág. 395.

- (11) Castro L., "Diseño Experimental sin Estadística", Ed. Trillas, 1978. Pág. 76.
- (12) Mejía Tavera E., De Fuentes Reyes A.E., Sandoval García M.A., "Estudio Normativo del MMPI en cuatro clases socioeconómicas en adultos del D.F. Tesis Profesional. 1979. — Clasificación de clases sociales. Pág. 44; Perfiles Globales de la población total. Pág. 131-132; Clase baja inferior, grupo masculino. Pág. 136; Clase baja inferior, grupo femenino. Pág. 140.
- (13) Duker J. y Gilberstodt H. "A Handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation. Ed. W.B. Saunders, 1965, Cap. IV. Pág. 61.
- (13) Dahlstrom W. y Welsh G.S., "An MMPI Handbook, Vol. I, Ed. Minnesota Press, 1971. Pág. 267.

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

- ALEXANDER FRANZ Psiquiatría Dinámica. Buenos Aires. Ed. Paidós. Traducción: Blas A. Sosa y Luis Fabricant. 1962.
- BRUN RUDOLF Teoría General de las Neurosis. Traducción de Armando Suárez. Ed. Siglo XXI. 1968.
- CASTRO LUIS Diseño Experimental sin Estadística. Ed. Trillas. 1978.
- DAHLSTROM W.G.
WELSH G.S. An MMPI Handboob. Vol. I. Minnesota Press. 1971.
- DELAY JEAN Introducción a la Medicina Psicosomática. Traducción: Roberto Cruz. Ed. Barcelona, Toray-Masson, S.A. 1964.
- DUKER J.
GILBERSTODT H. A Handbook for Clinical and Actuarial MMPI Interpretation. Ed. W.B. Saunders. 1965.
- EY HENRY
BERNARD P.
BRISSET CH. Tratado de Psiquiatría. Ed. Toray--Masson, S.A. 1969.
- FREUD SIGMUND Obras Completas. Vol. I, Traducción: Luis López Ballesteros y de Torres. - Ed. Ixtaccihuatl Méx. 1953.
- HATHAWAY S.R.
MEEHL P.E. Atlas Clínico del MMPI, Ed. El Manual Moderno, S.A. 1975.

- HATHAWAY S.R.
MC. KINLEY, J.C. Inventario Multifásico de la Personalidad, MMPI. Ed. El Manual Moderno, S.A. México. 1967.
- HUITRON CERVANTES G. Algunos Aspectos de Inadaptación Psicológica del Enfermo Cardíaco Reumático Explorados a través de la Prueba Proyectiva de Frases Incompletas de Sacks. Tesis Profesional. 1967.
- KERLINGER F.N. Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. Ed. Interamericana. 1975.
- LANGMAN M.J.S. Lo Esencial de la Gastroenterología. Traducción: Dr. Armando Soto. Ed. El Manual Moderno. 1976.
- LOPEZ IBOR J.J. Las neurosis como Enfermedades del Animo. Ed. Gredos, S.A. 1966.
- LUYPEN W. La Fenomenología es un Humanismo. Traducción: de Pedro Martín y de la Cámara. Ed. Carlos Lohlé. 1967.
- MCGUIGAN Psicología Experimental. Enfoque Metodológico. Ed. Trillas. 1976.
- MARIN G. Manual de Investigación en Psicología Social. Ed. Trillas. 1977.
- MAY ROLLO El Dilema Existencial del Hombre Moderno. Vol. 18. Traducción: de Roberto M. Baretto. Ed. Paidós. 1968.
- MAYER—GROSS W.
SLATER E.
ROTH M. Psiquiatría Clínica. Traducción: del Dr. José Cortada. Buenos Aires. Ed. Paidós. 1958.

- MEJIA TAVERA E.
DE FUENTES REYES A.E.
SANDOVAL GARCIA M.A. Estudio Normativo del MMPI en cuatro clases socioeconómicas en adultos del D.F. Tesis Profesional. 1979.
- MILLON T. Psicopatología Moderna. Ed. Salvat. 1976.
- NOYES A.P.
KOLB L.C. Psiquiatría Clínica Moderna. Traducción: del Dr. Leopoldo Chagoya Beltrán. 3a. Edición. Ed. Fournier. La Prensa Médica Mexicana. 1969.
- NUÑEZ R. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad, (MMPI) a la Psicopatología. Ed. El Manual Moderno. -- 1968.
- REYES LOPEZ P.S.
LOPEZ SIERRA A.J. El MMPI en la Detección de Psicopatología en casos de Desorientación Vocacional. Tesis Profesional. 1977.
- SIEGEL SIDNEY Estadística No Parametrica. Aplicada a las ciencias de la conducta. Ed. Trillas. 1976.
- STRECKER E.A. Manual de Psiquiatría Clínica Moderna. Traducción: de la 5a. ed. por Ramón Alcalde. Buenos Aires. Ed. Hormé. 1960.