

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Filosofía y Letras
Colegio de Psicología



Algunos Aspectos de Inadaptación Psicológica del Enfermo Cardíaco Reumático Explorados a Través de la Prueba Projectiva de Frases Incompletas de Sacks



T E S I S

Que para obtener el título de :

P S I C O L O G O

(Nivel Licenciatura)

p r e s e n t a :

GLORIA HUITRON CERVANTES



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.

Z.5053.08

UNAM. 4

1967

C. 3



M-159474

Spe. 74

DESEO EXPRESAR MI AGRADECIMIENTO A
LAS SIGUIENTES PERSONAS:

Al Dr. Francisco González Pineda, Consultor Honorario de Psiquiatría del Instituto Nacional de Cardiología, por la dirección técnica que hizo al presente estudio.

Al Dr. Manuel Vaquero, Director del Instituto Nacional de Cardiología, por las facilidades proporcionadas en los diversos Servicios del Hospital.

Al Dr. Felipe Mendoza, Subdirector Médico del Instituto Nacional de Cardiología, por haberme proporcionado la descripción de las cardiopatías reumáticas.

Al Sr. Angel Romero, Estadístico del Instituto Nacional de Cardiología, por su valiosa ayuda para el análisis estadístico de este trabajo.

A los Dres. Jesús Alanís y Rafael Méndez, por su ayuda en la corrección del manuscrito.

I N D I C E

	PÁG.
I.—INTRODUCCION	1
El problema.	
Definición de términos.	
Importancia del estudio.	
Limitaciones del estudio.	
II.—REVISION DE LA LITERATURA PREVIA.....	7
Antecedentes históricos sobre el método de “frases incompletas”.	
La fiebre reumática.	
III.—LOS SUJETOS, EL MATERIAL Y EL PROCEDIMIENTO...	35
IV.—ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	41
Tablas de la 1 a la 5.	
V.—DISCUSION	45
CONCLUSIONES	53
VI.—BIBLIOGRAFIA	55
VII.—APENDICE	65

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

En la actualidad, la mayoría de los autores están de acuerdo en que las enfermedades cardíacas tienen como base un problema físico, o sea, que son ocasionadas por trastornos somáticos, dietéticos o hereditarios. Pero también se ha señalado una relación entre los factores psicológicos y las enfermedades cardíacas, afirmándose que éstas pueden ser debidas o agravadas, en mayor o menor proporción, por factores psicológicos. De acuerdo con esto, se tiende a considerar al enfermo como un todo, del que no se puede aislar la parte psíquica de la somática y cuyos síntomas somáticos frecuentemente están modificados, ampliados o deformados por factores psíquicos, en cuyo caso la enfermedad no se limita sólo a los síntomas objetivos sino a una interacción entre lo psíquico y lo somático que es preciso captar y aprovechar para un mejor tratamiento del paciente.

En los pasados cien años se ha avanzado enormemente en el conocimiento de las enfermedades cardiovasculares y no hay duda que el sistema cardiovascular existe como una porción integral e interactiva de los mecanismos de adaptación del organismo. El sistema cardiovascular, a través de sus ramificaciones anatómicas y de su función como distribuidor de sangre, está relacionado con cada órgano y célula de cuerpo. Los dinámicos psicológicos y los requerimientos del medio ambiente

tienen un gran efecto sobre todo el árbol cardiovascular o sobre alguno de sus territorios y, por definición, las perspectivas psicológicas indican un método de aproximación y de entendimiento no sólo de la salud del hombre, sino también de su enfermedad.

El interés primordial en el desarrollo del presente trabajo, está encaminado a enfocar uno de los campos de la medicina más interesantes y menos explorados en México, o sea, el del enfermo cardíaco, pues sus trastornos han sido enfocados principalmente en función de lo somático descuidando los factores emocionales y de adaptación social.

La amplitud de este campo, las limitaciones de conocimiento y la escasa bibliografía sobre los problemas de salud mental en el enfermo cardíaco en nuestro medio, nos estimularon a emprender esta tarea, pero con la conciencia de la propia limitación, por lo que este trabajo sólo intenta constituir la iniciación de una inquietud en terreno psicológico, dentro del marco de la cardiología.

El enfoque de este ensayo fue dirigido a uno de los múltiples padecimientos cardiovasculares, la cardiopatía reumática, padecimiento de elevada incidencia en nuestro medio, pues de cada tres enfermos del corazón que reciben asistencia en el Instituto Nacional de Cardiología de México, uno tiene cardiopatía de origen reumático.

La enfermedad afecta fundamentalmente a los niños y a los adolescentes y los daños consecutivos acarrearán consecuencias para el resto de su vida. Desgraciadamente, pese a su frecuencia y a su gravedad, el conocimiento que de ella existe en la población en general, es menos que rudimentaria y habitualmente los enfermos buscan atención cuando los daños están muy avanzados.

La fiebre reumática produce daños irreparables en el corazón de algo más de la tercera parte de quienes la sufren y el

padecimiento expone a recaídas con daño creciente del corazón.

Si dentro de lo orgánico el paciente sufre grave daño, en lo psicológico la enfermedad lo puede conmover hasta el fondo de las bases emocionales de su personalidad, de ahí que nos encontremos al enfermo con una conducta llena de ansiedad o de angustia.

Puesto que el enfermo cardíaco reumático sufre lesiones irreversibles en su corazón, es posible que se sienta profundamente amenazado por sus síntomas, al grado de que grandes áreas de su ajuste personal se encuentren seriamente perturbadas. Estas perturbaciones pueden reflejarse en sus relaciones con el ambiente que le rodea y consigo mismo. Sus relaciones interpersonales pueden estar profundamente perturbadas, ya sea en el seno familiar o en el social. Estas perturbaciones pueden también estar influídas por factores como el sexo, la hospitalización o el tratamiento ambulatorio.

Con el objeto de obtener datos en este sentido, se hizo una evaluación psicológica, a través de una prueba proyectiva de cuatro áreas de ajuste individual, en un grupo de cardíacos reumáticos. Dichos enfermos tenían un mismo padecimiento, pero diferían entre sí, en cuanto a su condición de tratamiento hospitalario o de consulta externa.

Al iniciar este trabajo, se pensó en la aplicación de una batería completa de pruebas proyectivas, pero el estado de ánimo y la condición física de los enfermos cardíacos lo impidieron, ya que la sola administración de una prueba los fatigaba. De ahí que se optara por administrar solamente la "Prueba Proyectiva de Frases Incompletas de Sacks y Levy", cuya estructura permitió explorar cuatro áreas del ajuste individual. Se sabe que esta metodología es incompleta, pero se comprenderá que no se debe forzar la personalidad de un pa-

ciente, si no es con fines terapéuticos, acción que no se deseaba llevar a cabo en esta investigación.

Los recientes estudios dinámicos de la personalidad han sugerido, conceptos e hipótesis que han probado la veracidad de las proposiciones psicológicas. Sin embargo, las hipótesis proyectivas están todavía en la búsqueda de la validez y confiabilidad de sus procedimientos.

Proyección es un término muy empleado en la psicología clínica actual, en la psicodinamia y en la psicología social. La hipótesis proyectiva indica que los sujetos enfrentados a una situación de estímulos ambiguos o no estructurados, tienden a responder a ellos en términos de sus propias necesidades internas, de sus actitudes y en las formas más generales de percibir su mundo.

El más amplio uso del término proyección ha sido hecho en el terreno de la psicología clínica, en conexión con las llamadas técnicas proyectivas que incluyen el Rorschach, el TAT, el Szondi, el método de Frases Incompletas y un gran número de otros procedimientos. Por estos medios se supone que el sujeto proyecta sus propias necesidades y presiones que aparecen como respuestas a estos estímulos. Las técnicas proyectivas no sólo se limitan a la proyección, sino que favorecen igualmente la expresión de muchos otros mecanismos mentales de diverso tipo y de numerosos símbolos de las relaciones humanas.

El método de Frases Incompletas usado en este trabajo, está basado principalmente, en la distorsión aperceptiva y en el análisis del contenido de las palabras usadas para completar las frases. La técnica de completar frases constituye a menudo, una situación social o emocional, en la que el sujeto tiene que

estar preparado a interpretarla en términos de sus imágenes establecidas y de sus recuerdos.

El presente trabajo fue realizado en el Instituto Nacional de Cardiología de México, en sus respectivos pisos de hospitalización de hombres y de mujeres, adolescentes y adultos y en su Servicio de Consulta Externa, con el propósito de investigar el problema arriba mencionado.

II REVISION DE LA LITERATURA PREVIA.

ANTECEDENTES HISTORICOS SOBRE EL METODO DE FRASES INCOMPLETAS

El método de frases incompletas ha revelado tener un valor clínico en diferentes situaciones del campo psicológico. Este tipo de prueba parece adecuada para analizar las áreas que explora y al psicólogo clínico le proporciona una orientación con respecto al sujeto en estudio. Aunque algunos autores han señalado que es útil para detectar tendencias inconscientes, en realidad proporciona datos sobre las reacciones, sentimientos, pensamientos u opiniones más que constituir un análisis completo de la personalidad básica del individuo

En la prueba de frases incompletas se pide al sujeto que complete frases cuyas primeras palabras le son dadas por el examinador. En cierta forma este método está relacionado con la técnica de asociación de palabras, pero difiere de ésta en cuanto a la longitud del estímulo y de la respuesta, puesto que el sujeto puede responder al estímulo como mejor le parezca y no solamente con una sola palabra o con un "sí" o un "no". En la técnica de frases incompletas no se presiona al sujeto con respecto al carácter inmediato de su asociación, ni se mide su tiempo de reacción, ya que no se intenta medir la rapidez de

la asociación. El sujeto suministra solamente la información que desea dar, de tal manera que el análisis que se hace de la prueba es más semejante al empleado en la prueba de apercepción temática (TAT) que al de asociación de palabras.

Este método ha proporcionado, gracias a su flexibilidad, datos no sólo en aplicación clínica sino también como método experimental en estudios de personalidad, sobre todo en las actitudes sociales, para estimar las mejorías experimentadas en psicoterapia, en la aplicación industrial para averiguar las actitudes y opiniones de los grupos y también ha sido provechosa en el análisis colectivo, conservando su ventaja como "test" psicológico.

En las diversas pruebas de frases incompletas se dan, en general, dos tipos de instrucciones. Un tipo pide rapidez al sujeto para que complete las frases con la primera palabra que se le ocurra. El otro, demanda que al completar la frase se expresen los propios sentimientos. En algunas pruebas se mezclan estos dos tipos de instrucciones y en otras se insiste ya sea en uno o en el otro de estos tipos.

Aunque hay diversas fuentes de origen del método de frases incompletas, algunos autores sólo lo derivan del método de asociación de palabras. Si se toma en cuenta que la prueba de frases incompletas es una variación del método de asociación de palabras, veremos que estas dos técnicas se han comparado con frecuencia, atribuyendo más ventaja a la prueba de frases incompletas. Se ha señalado que este último método limita la multiplicidad de asociaciones evocadas por una sola palabra, con una mejor sugerencia de contextos, sentimientos, actitudes y objetos específicos o áreas de atención, lo que permite al individuo mayor libertad y variabilidad en su respuesta.

En 1897 Ebbinghaus (citado por Sacks y Levy ⁽¹⁾) usó frases incompletas para medir la inteligencia, a la cual definió

como "la habilidad para combinar o integrar". El estudio de las características de la personalidad a través de este método, fué en realidad, iniciado por Payne en 1928⁽²⁾, con una prueba que elaboró con orientación profesional, pero al presente no hay publicaciones que describan y valoren esta prueba.

Otro de los pioneros del método de complementar frases en el campo de la personalidad fue Tendler⁽³⁾ que en 1930 publicó un informe denominado "Prueba para profundizar en las emociones" en el cual elaboró veinte frases del tipo "yo me siento feliz cuando...", "yo digo mentiras...", "yo me enojo cuando...", "yo amo...", "yo odio...", etc. en las cuales intentaba estimular admiración, enojo, amor, felicidad, odio, humillación, ansiedad, pesadumbre, etc. Tendler creyó que la presentación de estímulos en esta forma, podrían despertar una emoción particular y permitir por lo tanto, libertad en las respuestas. Este autor pretendía determinar "tendencias, actitudes fijas, adhesión a otras personas, conflictos de apetencias, satisfacciones y preocupaciones". En su opinión, esta prueba tenía valor clínico y se podía evaluar comparándola con breves autobiografías de los sujetos estudiados. Esta técnica ha recibido críticas severas tanto en su forma teórica cuanto en la experimental⁽⁴⁾.

Más tarde Wheeler⁽⁵⁾ empleó una forma modificada llamada "test de símiles" descrita en el libro "Explorations on Personality", en la que se pedía al sujeto que diera una serie de símiles originales a una serie de adjetivos como "tan patético como...", "tan peligroso como...", "tan agradable como...". Esta prueba aunque en cierta forma diferente al método de frases incompletas y que sigue el análisis según los principios de la teoría de la personalidad de H. A. Murray, presenta características comunes con el método en estudio.

En 1938, Cameron^(6, 7) realizó estudios a través del método de frases incompletas, en niños y en adultos normales,

en sujetos con deterioros seniles y en sujetos esquizofrénicos con signos de desorganización, para determinar la naturaleza de los procesos del lenguaje y pensamiento entre los sujetos normales y anormales. Esta prueba se administró y contestó en forma oral, a diferencia de los demás autores que insistían en su presentación y solución escrita.

Lorge y Thorndike ⁽⁸⁾ aplicaron tabulación estadística al problema del valor de las respuestas del método de frases incompletas, como indicador de rasgos personales y publicaron los resultados obtenidos en un grupo de treinta sujetos adultos a los que se les dió 240 oraciones para completar con una sola palabra. Los siguientes ejemplos son de algunas oraciones usadas: "los animales son...", "me disgusta...", "las mujeres quieren...", "...es agradable". Los resultados se calificaron de acuerdo a una extensa lista de rasgos de personalidad y en función de unas setenta variables. Este método se restringió a completar con una sola palabra y con una rápida respuesta del sujeto, lo que limitó la libertad y variabilidad de la respuesta, y por lo tanto los métodos de validación e interpretación fueron personales y arbitrarios. Esta técnica dió índices de confiabilidad muy bajos, por lo que los autores pensaron que esta prueba no era para el estudio de diferencias individuales de personalidad.

En 1943, Sanford ⁽⁹⁾ elaboró una prueba de frases incompletas más estructurada. La prueba trataba de demostrar, según el estudio de la personalidad hecho por Murray, la presión que ejercen las necesidades. Este autor elaboró tres patrones diferentes. En el primer grupo se señaló la presencia de una presión de rechazo; en el segundo grupo se indicaba la acción de una agresión y en el tercero eran frases ambiguas en que la necesidad era señalada por el sujeto. Sanford aplicó su prueba a un grupo de alumnos del 3o. al 8o. grado de la escuela primaria, pero el número de sujetos fue insuficiente como para hacer una valoración de tipo cuantitativo.

En la investigación realizada por Rohde en 1946, con el método de frases incompletas ⁽¹⁰⁾, se sostuvo que el uso de esta técnica es un valioso instrumento para los psicólogos clínicos y otros profesionales que intervienen en los problemas de la juventud y que necesitan estar en completo conocimiento con las necesidades, conflictos internos, fantasías, sentimientos, actitudes, aspiraciones y dificultades de ajuste de sus clientes. Las preguntas directas tienden, según esta autora, a hacer al individuo consciente de esto y a colocarlo a la defensiva, pero las técnicas proyectivas evitan tanto la resistencia como el control, revelando necesidades latentes, sentimientos, actitudes y aspiraciones de las cuales el sujeto no deseaba o era incapaz de reconocer o de expresar en comunicación directa.

Para el anterior estudio, Rohde ⁽¹⁰⁾ revisó la lista de preguntas de Payne⁽²⁾ para usarlas como una técnica proyectiva para el estudio de las características de personalidad de personas jóvenes. Esta autora señala, tanto en sus valoraciones clínicas como en sus resultados cuantitativos, que este tipo de prueba puede resultar muy valioso para el estudio de la personalidad, sobre todo a nivel de la escuela secundaria. La forma final de esta prueba llamada "Completar los espacios de Rhode-Hildreth" consiste en 64 frases del siguiente tipo: "mi trabajo en la escuela . . .", "yo quiero saber . . .", "hay veces . . .". La autora concluye que su prueba revela no sólo las necesidades del sujeto, los estados internos, rasgos y presiones, sino que también sus gustos, sentimientos, ideología, estructura yoica, status intelectual y madurez emocional.

Algunos psicólogos señalaron que las declaraciones de Rohde eran extravagantes, por lo que Shor⁽¹¹⁾ repitió las partes críticas del método de esta autora y señaló que las listas de palabras estímulo no estaban planeadas de acuerdo al contenido o a una secuencia dada, sino que estaban colocadas arbitrariamente y al azar.

En la prueba de Shor⁽¹¹⁾ de "Completar con una idea propia", los estímulos eran oraciones que en su inicio sugerían contextos, tonos sentimentales, actitudes y objetos específicos o áreas de atención. Las 50 oraciones "fueron arregladas en una secuencia definida para permitir efectuar o generalizar una actitud inmediata a un interés básico humano". El autor enfatizó la importancia de adaptar los estímulos a la situación corriente y al nivel cultural de los grupos estudiados. Se usaron frases como las que siguen: "yo quiero saber...", "la comida del ejército...", "el regreso a casa...", "si mi madre...". Shor sugirió que la administración se adaptara a la dinámica de cada caso, es decir, un paciente excesivamente ansioso puede dar, por ejemplo, rico material a través del método de administración oral, mientras que otro paciente puede expresarse mejor si se le deja solo. En este estudio de Shor no se ofreció ningún sistema de calificación formal, pero se recomendó investigar áreas de rechazo, evidencias de resistencia y otros métodos de evasión, como anotar temas que se repitan, asociaciones atípicas y el evaluar el nivel de personalidad proyectada. Este mismo autor admitió que la dinámica de la personalidad incluye no sólo asociaciones verbales semi-espontáneas, sino que esta prueba puede proporcionar además, datos cruciales del individuo que son de utilidad para la formación de los métodos proyectivos. El trabajo de Shor es un adelanto clínico útil y verdadero. El no hace una negación total del valor del método de frases incompletas como lo hicieron Lorge y Thorndike⁽⁸⁾ sobre la base de una experimentación inconclusa, ni tampoco, va tan lejos en sus declaraciones a favor del método como lo hicieron Tendler⁽³⁾ y Rhode⁽¹⁰⁾. Shor⁽¹¹⁾ evalúa el método con simpatía pero considerando sus limitaciones.

Durante la última guerra mundial, el método de frases incompletas se difundió ampliamente en los hospitales militares. Hutt⁽¹²⁾, Shor⁽¹¹⁾ y Holzberg⁽¹³⁾ lo emplearon extensamente. Shor⁽¹¹⁾ empleó una prueba propia como se señala renglones arriba. Holzberg⁽¹³⁾ empleó tanto frases de la prueba de Ten-

dlar⁽³⁾ como de la de Shor ⁽¹¹⁾. Se insistió principalmente en la necesidad de fomentar la libertad y la espontaneidad en la respuesta, insistiéndole al sujeto que expresara sus propios sentimientos y opiniones. En general, la interpretación de estas pruebas se basó principalmente, en la experiencia del examinador y por lo tanto, no se evaluaron cuantitativamente.

Rotter y Willerman en 1947⁽¹⁴⁾, tomando como base el método usado por Hutt, Shor y Holzberg, valoraron de nuevo esta técnica tomando como punto de partida la experiencia clínica. Se suprimieron las frases que mostraban estereotipia y se redujeron los márgenes de respuestas individuales, a fin de convertir la prueba en instrumento económico de valor en su aplicación colectiva en los hospitales militares. Estos autores no insistieron tampoco, en la rapidez de las respuestas y sólo pedían que el sujeto expresara sus propios sentimientos y opiniones, procurando que éste señalara frases completas. Se establecieron normas de puntuación y las respuestas se agruparon en tres categorías: respuestas de conflicto, respuestas positivas o sanas y respuestas neutrales. Estos mismos autores señalaron una alta validez como técnica evaluativa al método de completar frases y concluyeron que "el método se muestra como un medio para estudiar actitudes en las cuales se pueden combinar la libertad de respuesta y una razonable calificación objetiva".

Al aplicar el método de Rotter y Willerman⁽¹⁴⁾ a la prueba de frases incompletas, Rotter, Rafferty y Schachtitz⁽¹⁵⁾ en 1949, adaptaron la prueba del ejército a estudiantes universitarios y elaboraron para este propósito, un manual de puntuación objetiva⁽¹⁶⁾ para determinar hasta qué grado un sujeto necesitaba una psicoterapia o consejo personal.

Stein en 1947⁽¹⁷⁾, describió una prueba de completar frases que es ahora usada como parte de la batería de pruebas de la Clínica de Higiene Mental de la Administración de Ve-

teranos de la Oficina Regional de Nueva York. Este proyecto, originalmente fue desarrollado como ayuda en la selección del personal de la Oficina de Servicios Estratégicos durante la guerra, ya que se usó para proporcionar a los entrevistadores, datos que pudieran ofrecer breves descripciones de la personalidad de los candidatos. La prueba consiste de dos partes que contienen 50 frases incompletas cada una. Las frases se seleccionaron para contribuir con información apropiada de cuando menos una de las diez áreas consideradas importantes, para la evaluación de la personalidad, entre ellas: la familia, el pasado, los estados internos, las metas, la reacción hacia otros, la reacción de otros hacia el sujeto, etc. En esta prueba se usaron dos diferentes tipos de frases. En uno se empleó el nombre propio de alguna persona o un pronombre personal de la tercera persona y en el otro grupo se usó la primera persona. Estos dos tipos se mezclaron en la prueba. En esta forma el autor del método intentó conducir a los sujetos a creer que era una prueba de velocidad. Al mismo tiempo, pensó en la posibilidad ventajosa de que al hablar de otros individuos fuera más fácil el que se revelaran los sujetos mismos. En este estudio⁽¹⁷⁾ Stein enfatizó que la validez en la descripción de la personalidad, sobre la base de las respuestas dadas a esta prueba, es altamente dependiente de la experiencia, "insight" y conocimiento de la dinámica de la conducta que el investigador tenga.

Al analizar el material, el autor⁽¹⁷⁾ señaló los siguientes puntos:

1o.—Cuando a un individuo se le pone bajo presión de responder con la primera idea que se le ocurra, generalmente ofrece material significativo del que no fue censor.

2o.—Cuando se le encara con el problema de completar o estructurar una situación no estructurada, las respuestas individuales pueden ser indicadoras de la verdadera naturaleza de sus propios reacciones y sentimientos.

30.—Al hablar de otros, el individuo es capaz de revelarse él mismo.

Stein ofreció además, sugerencias para el análisis de las respuestas tomando en consideración los siguientes factores: significado, frecuencia y rareza; tiempo de reacción a las oraciones y a la prueba en su totalidad; borraduras, omisiones y la intensidad del lenguaje usado.

En 1947, Symonds⁽¹⁸⁾ reportó estudios realizados en el Programa de Evaluación de la Oficina de Servicios Estratégicos, usando el método de frases incompletas. Se compararon las respuestas de esta prueba con los datos de la Oficina de Servicios Estratégicos, que incluían una entrevista cubriendo historia familiar, educación, experiencia de trabajo, características de personalidad, observaciones sobre el candidato durante el período de su evaluación y el resumen y recomendaciones del cuerpo de evaluación. Las respuestas de la prueba de frases incompletas dadas por cuatro individuos con altas calificaciones y elevada estabilidad emocional, se compararon con las respuestas de cuatro individuos con bajas calificaciones y pobre estabilidad emocional. Esta investigación preliminar no mostró ninguna diferencia entre las respuestas de los individuos superiores e inferiores. Después se estudiaron dos grupos opuestos de 25 individuos cada uno. Uno con calificaciones de elevada estabilidad emocional y el otro, con calificaciones de pobre estabilidad emocional. Tanto la prueba de frases incompletas como los datos de la Oficina de Servicios Estratégicos se compararon con relación a la persistencia, al empeño hacia el éxito, sentimientos de inferioridad, duda y ansiedad, depresión y descontento después del fracaso, altos niveles y estabilidad emocional en situaciones de crisis emocional. No se observó diferencia en estos grupos a través de la prueba usada, por lo que se concluyó tentativamente, que "la prueba de completar frases no puede ser usada para diferen-

ciar entre el buen o el mal ajuste". El autor concluyó que la prueba era descriptiva y no evaluativa.

Symonds⁽¹⁸⁾ amplió su trabajo al estudiar en detalle, diez casos para saber exactamente qué áreas de la prueba estarían en acuerdo y cuáles en desacuerdo, con respecto a los reportes de la Oficina de Servicios Estratégicos. Concluyó que la prueba de frases incompletas usada con pronombres de tercera persona, proyectaba deseos, hostilidades, amores, miedos e impulsos. De acuerdo a su hipótesis, esta prueba sólo se refirió a fantasías o impulsos inconscientes que pueden o no tener relación con la conducta y actitudes de la vida real. Por último, señaló "no se conoce lo suficiente acerca de la dinámica de los procesos inconscientes, como para predecir su influencia en una conducta futura, pero esta conducta se explicaría por el afloramiento de fuerzas inconscientes que podrían revelarse a través del método de frases incompletas".

Carter⁽¹⁹⁾ combinó una modificación de la prueba de Tandler⁽³⁾ de "introspección emocional", con otra en que usaba un psicogalvanómetro para investigar ciertos procesos afectivos. Los estímulos se presentaron con rapidez y las respuestas de los sujetos fueron orales. Se registraron las palabras exactas usadas por el sujeto, así como los cambios de conductividad de la piel de la palma de la mano y el tiempo de reacción requerido para completar la oración. El grupo control fue de veinte de los llamados individuos "normales" que no reportaban ningún mal ajuste. Un grupo experimental, de también veinte individuos, que reportaban miedo y ansiedad que, en su opinión, interferían con su ajuste académico y social y un tercer grupo de veinte sujetos escogidos, después de un examen psiquiátrico, en el que se les diagnosticó como psiconeuróticos. Las respuestas de todos los grupos se clasificaron de acuerdo a seis categorías: un yo positivo, un yo negativo, actitud social positiva, actitud social negativa, miedo, aversión e inclasificables. Carter encontró que los cambios en la conductividad de

la piel y el tiempo de reacción fueron significativamente más grandes en individuos con problemas y en los psiconeuróticos que en los sujetos normales. Aparentemente el contenido de las respuestas de los individuos a los veinte estímulos presentados, no se diferenciaron en ninguno de los tres grupos, pues los grupos estudiados no siempre revelaron en palabras, el área específica de su conflicto. Aunque Carter no llegó a una conclusión concreta, es evidente, por los resultados obtenidos, que su técnica sólo pudo diferenciar entre los individuos con problemas y psiconeuróticos y los sujetos "normales", pero no fué útil para diferenciar entre los dos primeros, es decir, individuos con problemas e individuos psiconeuróticos.

En el año de 1949, Morton⁽²⁰⁾, utilizando la prueba de frases incompletas de Rotter⁽¹⁴⁾, estimó la mejoría experimentada gracias a la psicoterapia. Después de tres meses de un breve tratamiento, se trató de apreciar la mejoría, a través de tres criterios diferentes. En uno de ellos se usó la lista de comprobación de Mooney, en otro las calificaciones de tres jueces experimentados a partir de entrevistas protocolizadas y en el tercer criterio, la prueba de frases incompletas. Los resultados obtenidos por este investigador, sugieren que el método de frases incompletas es de utilidad para apreciar el grado de desajuste y eficacia del tratamiento psicoterápico.

Desde el punto de vista de las actitudes sociales, el método de frases incompletas es de utilidad para el estudio de estas actitudes. Brown⁽²¹⁾ en su tesis doctoral en la Universidad del Estado de Ohio, E. U., ha estudiado las actitudes de algunos grupos ante los negros. Brown utilizó una prueba de 40 frases aplicando las instrucciones de Rotter y Willerman⁽¹⁴⁾. Esta prueba combinó frases de carácter personal con frases que no se relacionaban de manera explícita con la actitud hacia los negros y con otras frases francamente relacionadas con los negros, es decir, que las frases relacionadas íntimamente con el problema negro se intercalaron entre frases

neutras o personales. Este autor señaló, en un informe preliminar, que en comparación con otras pruebas proyectivas, el método de frases incompletas ofrece ventajas en cuanto a la comodidad y fiabilidad en su administración, en la corrección y en la puntuación.

Como se habrá observado, en las diversas pruebas de frases incompletas se han usado referencias a una tercera persona, como "él", "ella" o nombres propios, y también se ha empleado el pronombre personal "yo". En el estudio realizado por Sacks⁽²²⁾ se elaboraron las dos modalidades, comparando los valores de las pruebas expresadas en primera persona con las expresadas en tercera persona. Sacks encontró que es mejor la fórmula de la primera persona, con un mayor valor predictivo y esto evita también, suscitar asociaciones con individuos determinados.

En 1954, Kostland⁽²³⁾ usó la prueba de frases incompletas de Stein⁽¹⁷⁾ junto con otras pruebas proyectivas, en una investigación sobre un método para el estudio empírico del psicodiagnóstico. La batería de pruebas fue de extraordinaria utilidad.

En 1957 hubo dos publicaciones más sobre el método de frases incompletas, una de Rhode⁽²⁴⁾, autora a la que ya nos hemos referido y otra de Forer⁽²⁵⁾. Este último autor al usar el método de frases incompletas, estructuró una prueba que comprende 100 oraciones incompletas, especialmente diseñadas para proporcionar una información diagnóstica útil para la planeación de la terapéutica. Las formas para hombres y mujeres son prácticamente iguales, excepto en los pronombres personales que pueden variar. Las formas para muchachos y muchachas difieren de las de los adultos en el número de oraciones, pero ambas son muy parecidas. Para esta prueba proyectiva no hay evidencias acerca de su confiabilidad o validez, sin embargo, a juicio del autor, se intentó emplearla como un instrumento

clínico o de diagnóstico. Forer⁽²⁵⁾ también señaló que ninguna respuesta en una técnica proyectiva, puede ser interpretada aisladamente, sino que debe mirarse a la luz de otras respuestas e interpretaciones en el contexto de otros factores. "The Forer Structured Sentence Completion Test" puede ser útil en la clínica dentro de los límites de una prueba proyectiva de este tipo.

En 1959, Sacks y Levy⁽⁴⁾ publicaron una nueva prueba basada en el método de frases incompletas que explora cuatro áreas representativas del ajuste individual. Esta prueba es la utilizada en el presente estudio.

La prueba de frases incompletas de Sacks y Levy (SSCT). Su construcción, confiabilidad y validez.

Una prueba de completar frases fue diseñada por Joseph M. Sacks, Sidney Levy y otros psicólogos del Servicio Administrativo de Higiene Mental de Veteranos de Nueva York⁽⁴⁾ para obtener material clínico significativo en cuatro áreas representativas de ajuste individual. Estas cuatro áreas son: la familiar, la sexual, la de relaciones interpersonales y la de concepto de sí mismo. Se pensó que las frases o ítems incluidos en estas áreas presentaban al sujeto suficientes oportunidades para expresar sus actitudes, de modo que el psicólogo clínico pudiera inferir sus direcciones de personalidad predominantes. Se espera en este tipo de prueba, que aún cuando el sujeto tienda a ser cauteloso y evasivo, revele material significativo en su respuesta en cuando menos una de las cuatro oraciones de la actitud.

Construcción de la prueba.— La prueba consiste de sesenta frases incompletas, de las cuales cada cuatro, representan una de las quince actitudes en que fueron divididas sus cuatro áreas (véase Apéndice). La prueba fue construida de

la siguiente manera. Se pidió a veinte psicólogos clínicos que proporcionaran tres frases incompletas, tratando de obtener actitudes significativas en cada una de las cuatro áreas propuestas. A estas frases se le agregaron ítems extraídos de la literatura sobre el método de frases incompletas. De esta manera se obtuvieron 280 ítems. Estos se colocaron en número de 14 a 28 por categoría. Por ejemplo, 19 ítems fueron asignados a "la actitud hacia la madre", 22 a "la actitud hacia el padre", etc. A los psicólogos se les pidió entonces seleccionaran en cada categoría los cuatro ítems que ellos consideraran mejores para investigar las actitudes en una determinada área. Los ítems escogidos más frecuentemente, fueron los que se incluyeron en la prueba.

Confiabilidad y validez de la prueba.— Tres psicólogos evaluaron el grado de perturbación de cien sujetos sobre la base de sus respuestas a las frases incompletas, de cada una de las quince actitudes exploradas. Los psiquiatras que trataron a estos sujetos, hicieron estimaciones independientes del grado de conflicto, en cada una de las quince categorías o actitudes, basándose sólo en sus impresiones clínicas. La confiabilidad de los juicios psicológicos al grado de conflicto encontrado, quedó evidenciado por el acuerdo de dos de los tres psicólogos, en un 92 por ciento de 1,500 calificaciones.

Por otra parte, los psiquiatras no tenían conocimiento de las respuestas a la prueba de frases incompletas (SSCT), de modo que cuando se correlacionaron las evaluaciones de los psicólogos con las de los psiquiatras, se encontró que las apreciaciones de los primeros tuvieron una relación significativa y positiva con las de los psiquiatras.

Los psicólogos proporcionaron informes de cincuenta sujetos basándose únicamente en las respuestas de éstos. Estas interpretaciones se sometieron a los psiquiatras, los cuales las calificaron con respecto a sus hallazgos clínicos. Algo más del

77 por ciento de los informes psicológicos, estuvieron en acuerdo cercano o parcial con los hallazgos clínicos. Estos resultados de la prueba de frases incompletas (SSCT) compararon también favorablemente con los resultados encontrados a través de otros métodos de personalidad como el Rorschach y el TAT^(26, 27, 28).

La experiencia desarrollada con la prueba descrita, ha mostrado la necesidad de revisiones menores en las palabras de algunas frases, para permitir una mayor libertad en la respuesta y para la substitución de nuevas frases que eviten estereotipias. Estas revisiones están actualmente en proceso de modificación⁽⁴⁾.

La prueba de frases incompletas (SSCT) se continúa utilizando al presente combinada con otras pruebas proyectivas. Mathur y colaboradores^(29, 30) en estudios llevados a cabo en la India, obtuvieron los siguientes datos. En 1963 usaron esta prueba (SSCT) junto con el Rorschach a fin de obtener datos de cincuenta estudiantes femeninas en su balance extratensivo e introversivo. En 1965 volvieron a utilizar esta prueba de Sacks junto con diez láminas de la prueba de apercepción temática (TAT). En ambos estudios resultó favorable la combinación de la prueba de frases incompletas de Sacks y Levy con el Rorschach y las láminas del TAT.

En 1961, Kingsley en los Estados Unidos⁽³¹⁾, utilizó también la prueba de frases incompletas (SSCT) a fin de comparar las diversas respuestas entre prisioneros psicopáticos, no psicopáticos y un grupo control de sujetos en libertad. Las respuestas de los tres grupos estudiados fueron diferentes, encontrándose mayor hostilidad en los psicopáticos. Por lo tanto, el uso de esta prueba (SSCT) resultó significativo.

Por lo anterior se puede concluir que el método de frases incompletas parece tener gran valor en la búsqueda de diver-

tos aspectos psicológicos. La prueba de frases incompletas (SSCT) usada en el presente estudio, proporcionó datos que pudieron ser cuantificables y que permitieron una evaluación estadística que fue significativa en la mayoría de sus aspectos.

Aparte de la prueba de frases incompletas de Sacks y Levy (SSCT) arriba señalada, se utilizan actualmente, otros métodos de frases incompletas en la exploración de diversos aspectos de la personalidad^(32-40, 41-55). También estas pruebas resultan favorables en sus propósitos.

LA FIEBRE REUMÁTICA

La fiebre reumática es un padecimiento que afecta a todo el organismo, particularmente a los tejidos mesenquimatosos. La fiebre reumática es de extraordinaria importancia en nuestro medio porque:

1° Tiene muy elevada frecuencia. Uno de cada tres enfermos del corazón que reciben asistencia en el Instituto Nacional de Cardiología tienen cardiopatía de origen reumático. De cada mil niños de cinco a quince años de edad que concurren a las escuelas primarias del Distrito Federal, nueve tienen o han tenido fiebre reumática.

2° La fiebre reumática produce daños irreparables en el corazón, en algo más de la tercera parte de quienes sufren fiebre reumática.

3° El padecimiento expone a quien la ha sufrido una vez, a tener varias recaídas con daño creciente del corazón.

4° La enfermedad afecta principalmente a niños y a adolescentes y los daños consecutivos acarrear consecuencias para todo el resto de su vida. Desafortunadamente, a pesar de su frecuencia y gravedad, el conocimiento que de ella existe en la

población es menos que rudimentaria y generalmente los enfermos buscan atención hasta que los daños están muy avanzados.

La fiebre reumática se produce cuando existe una infección estreptocócica inadecuadamente tratada.

Pasados diez a veinte días de la terminación aparente de la infección estreptocócica, se inicia el padecimiento que se desarrolla con manifestaciones variables de un individuo a otro y en un mismo sujeto, según el momento de evolución del mal. Para simplificar la presentación de las manifestaciones clínicas de este padecimiento, conviene agruparlas en tres capítulos según que sean adscribibles a una víscera determinada; que no puedan referirse a un órgano individualizado o que sean informaciones recabadas a través de estudios de laboratorio, por lo que podrían denominarse: manifestaciones extraviscerales, datos de laboratorio y manifestaciones viscerales.

a) *Manifestaciones extraviscerales.*—Son de dos tipos:

1) Algunas inespecíficas en absoluto, son comunes a muchos otros padecimientos: fiebre, sudoración profusa, palidez, agotamiento general, pérdida del apetito, disminución de peso.

2) Hay otras, en cambio, con mayor especificidad diagnóstica pero que ocurren con menor frecuencia y son:

Primero, *artritis*, con gran inflamación, que afecta simultáneamente a varias articulaciones; tiende a pasar de unas a otras y (característica muy importante), no deja secuela alguna; habitualmente afecta a las grandes y a las medianas articulaciones.

Segundo, *nódulos*, formaciones más o menos redondeadas, duras, indoloras, cerca de las articulaciones y tercero, *alteraciones de la piel* constituídas por manchas rosadas o rojizas de formas caprichosas, en general tendientes a ser semicirculares, por lo que se les llama eritema policíclico.

b) *Datos de laboratorio.* Aún cuando son muy numerosas las alteraciones bioquímicas que la fiebre reumática produce, las más importantes desde el punto de vista clínico son: anemia de grado ligero; aumento global de los leucocitos circulantes; modificaciones de las proteínas sanguíneas, especialmente de las globulinas y del fibrinógeno que determinan aumento de la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos y la aparición de una proteína anormal denominada C Reactiva.

Puesto que la fiebre reumática sólo existe tras de una infección estreptocócica y el estreptococo tiene un alto poder antigénico, en un paciente con fiebre reumática activa, se encuentran anticuerpos para dichos antígenos. De entre ellos los que comúnmente se titulan en la clínica son: la antiestreptolisina, la antiestreptoquinasa y la estreptohialuronidasa y, más recientemente, la desoxirribonucleasa.

c) *Manifestaciones viscerales.* Tres órganos afecta con gran frecuencia y en forma importante la fiebre reumática:

1) *El encéfalo.* Se produce una alteración de los movimientos que se vuelven desordenados, amplios, involuntarios, constituyendo un cuadro denominado Corea de Sydenham. Por otra parte, pueden producirse alteraciones difusas de todo el encéfalo que clínicamente se expresan como una verdadera encefalitis, con alteraciones de la conciencia, estados de estupor que alternan con delirio, disminución de la fuerza muscular y del tono, con embotamiento de los reflejos, sin ninguna sistematización. Este cuadro habitualmente termina con la vida de los enfermos y en la actualidad sólo ocurre de manera excepcional.

2) *Los pulmones.* La fiebre reumática produce con frecuencia inflamaciones pleurales y en algunos casos afecta también el propio parénquima pulmonar, ocasionando neumonitis que agrava considerablemente el padecimiento y en ocasiones es causa inmediata de la muerte.

3) *El corazón.* La importancia fundamental de la fiebre reumática radica en el ataque que en el corazón produce. Las tres estructuras de este órgano, pericardio, miocardio y endocardio, son afectadas constituyéndose auténticas pancarditis. Muchas de las alteraciones inflamatorias que ocurren durante el ataque agudo de la enfermedad se resuelven totalmente, sin dejar rastro; pero otras producen cicatrices indelebiles que ocasionan daños residuales permanentes en el corazón. De modo que las enfermedades del corazón producidas por la fiebre reumática son de dos tipos principalmente, las agudas, de origen inflamatorio, que se designan genéricamente carditis y las consecutivas a éstas, las cardiopatías residuales o cicatrizales.

Siendo la fiebre reumática enfermedad de recaídas, se comprende que hay ciertos casos en los que sobre la cardiopatía residual se injerta un nuevo brote inflamatorio, constituyéndose cardiopatías mixtas, inflamatorias y residuales.

Las manifestaciones enumeradas se presentan en agrupaciones variables de un paciente a otro y el diagnóstico de la enfermedad se hace con ciertos datos significativos. Tienen señalada especificidad diagnóstica las referentes a: carditis, coxa, poliartritis, nódulos y eritema policíclico. Pueden considerarse de valor diagnóstico secundario el resto de los mencionados con anterioridad.

Esto ha permitido enunciar ciertas recomendaciones diagnósticas generales que señaló con especial claridad Jones, constituyendo lo que ha dado en llamarse "el criterio diagnóstico de Jones" que dice: "puede hacerse diagnóstico de fiebre reumática cuando existen dos manifestaciones del grupo de las de mayor especificidad o una de ellas y dos de las secundarias".

Aun cuando la aplicación de este criterio de Jones no confiere seguridad absoluta al diagnóstico, sí tiene alta probabilidad de acierto.

Sean cuales fueren las manifestaciones, el padecimiento es auto-limitado en el tiempo, o sea que es de evolución subaguda y sólo excepcionalmente persiste durante más de seis meses, constituyendo formas crónicas.

En cerca del 30 por ciento de los enfermos que sufren el primer ataque de fiebre reumática no queda ningún daño residual en el corazón; en otro 30 por ciento de los casos las lesiones son de grado variable, pero permiten una vida útil y con pocas molestias. En un tercio de los casos los daños son de gran magnitud, producen graves alteraciones en el funcionamiento del corazón, determinan invalidez de grado variable y llevan a la muerte a los enfermos antes de llegar a la edad madura.

Riesgo especial en las cardiopatías reumáticas lo constituye la infección rebelde (de las válvulas lesionadas) por gérmenes diversos, especialmente por el estreptococo viridans, que determina la enfermedad llamada *endocarditis bacteriana subaguda* de gravísima evolución, con mortalidad en un alto porcentaje de los casos, pese al adelanto actual en la terapéutica antimicrobiana.

CARDIOPATIAS REUMATICAS

A.—*Carditis (Cardiopatías reumáticas agudas o inflamatorias)*

Pericarditis.—La pericarditis reumática aguda produce una reacción serofibrinosa o fibrino-hemorrágica con acumulación variable de líquido entre la hoja parietal y la visceral y generalmente se resuelve por entero o deja engrosamiento de las hojillas serosas y adherencias de grado diverso entre ellas. En general, el derrame no alcanza a constituir un problema hemodinámico de importancia para obligar a evacuarlo y nunca las adherencias se organizan en forma de producir pericarditis constrictivas crónicas.

Clínicamente la pericarditis se revela por dolor habitualmente intenso que aumenta con los movimientos respiratorios y con los cambios de posición, localizado en la cara anterior del tórax y, a veces, en el hombro izquierdo; frote pericárdico constituido por un ruido áspero, en vaivén, sístolo-diastólico, audible en sitios distantes de la región precordial; peculiares alteraciones electrocardiográficas y, cuando el derrame es abundante, atenuación de la intensidad de los ruidos cardíacos y una silueta radiológica de contornos particulares.

Miocarditis.—Los cambios miocárdicos producidos durante el brote activo de la fiebre reumática afectan a las fibras contráctiles, al tejido diferenciado de conducción y al tejido conjuntivo que las rodea.

Clínicamente estas alteraciones se manifiestan por: taquicardia, trastornos del ritmo del corazón, aparición de un ruido sordo en la diástole con cadencia especial, que le ha valido el nombre de ritmo de galope, dilatación de las cavidades cardíacas con producción de soplos e insuficiencia cardíaca.

Endocarditis.—La inflamación reumática produce despulimiento de la serosa endocárdica, sobre los que se depositan acúmulos de fibrina en forma de verrugas, especialmente sobre los aparatos valvulares que se edematizan y posteriormente se retraen, se sueldan entre sí y se engruesan. El ataque valvular ocurre principalmente en la válvula mitral; la válvula aórtica es afectada en segundo término; la válvula tricúspide ocupa el tercer lugar en cuanto a la frecuencia con la que es dañada y la válvula pulmonar muy excepcionalmente resulta comprometida.

La única manifestación clínica de las alteraciones endocárdicas corresponde a los daños valvulares y está constituida por soplos de características y localización variables, según el aparato valvular lesionado, la magnitud y el tipo del daño producido.

Una vez pasado el ataque agudo de la enfermedad, los sufren una serie de cambios, ya sea hacia la restitución completa a la normalidad (*restitutio ad integrum*) o bien, hacia la cicatrización. Esta implica la substitución de tejido diferenciado, con funciones específicas, por un tejido de reemplazo, de tipo conjuntivo, inerte desde el punto de vista del funcionamiento cardíaco y que con el curso del tiempo se vuelve material duro, fibroso.

B.—*Cardiopatías Reumáticas Residuales*

Las cicatrices residuales del proceso inflamatorio trastornan de modo permanente el funcionamiento del músculo cardíaco (miocardio); deforman y mutilan los finos aparatos valvulares que se perturban en su función. De la combinación variable de estas secuelas indelebles, resultan distintos tipos y grados de enfermedad permanente del corazón a lo que se denomina en forma genérica, cardiopatía reumática residual.

Los tipos principales de ella están determinados fundamentalmente por el aparato valvular alterado y por la modalidad de perturbación hemodinámica que ocurra, constituyendo así:

- I.—Cardiopatías reumáticas por valvulopatía mitral;
- II.—Cardiopatías reumáticas por valvulopatía aórtica;
- III.—Cardiopatías reumáticas por valvulopatía tricuspídea.

Si los daños valvulares hacen incompetente a las válvulas para cerrarse adecuadamente y evitar el reflujo de sangre a través de ellas, se producen *insuficiencias valvulares* y si el proceso cicatrizal estrecha la luz de los orificios valvulares e impide el flujo correcto de la sangre durante el momento en que están abiertas, se forman las *estenosis*. La fiebre reumática tiende a producir doble daño en las válvulas, perturbando tanto su cierre eficiente como su apertura adecuada, pero en la mayoría de

los casos predomina una sobre la otra y se tienen así insuficiencias o estenosis mitrales, aórticas o tricuspídeas, aisladas o en distintas combinaciones.

I. CARDIOPATÍA REUMÁTICA POR VALVULOPATÍA MITRAL.

Como se acaba de mencionar, las valvulopatías mitrales reumáticas, pueden ser del tipo de la estenosis, de la insuficiencia o de la doble lesión (estenosis e insuficiencia).

Estenosis mitral.—La estrechez del orificio mitral se hace gradualmente, aumenta con los distintos brotes de fiebre reumática y puede alcanzar dimensiones tan exiguas que parecería incompatible con la vida, ya que pueden encontrarse orificios de solo 0.3 a 0.5 cm.²

Tal situación produce un verdadero estancamiento sanguíneo atrás del orificio estrecho, al mismo tiempo que por delante de él, produce una reducción del flujo de la sangre. El estancamiento sanguíneo iniciado a nivel de la aurícula izquierda, se transmite a la red vascular del pulmón y produce ahí graves trastornos funcionales y anatómicos. Se produce dificultad respiratoria de grado variable en relación con los esfuerzos físicos o paroxismos muy intensos, con tos violenta y expectoración espumosa, que constituyen el gravísimo cuadro de edema agudo del pulmón. En varios casos la presión aumenta en las venas pulmonares, hace que éstas se rompan y dan lugar a hemorragias bronquiales de magnitud diversa, con simple expectoración sanguinolenta o con expulsión de grandes cantidades de sangre al exterior, con violentos accesos de tos.

La hipertensión inicialmente producida en las venas pulmonares acaba por desencadenar un alza tensional en el lado arterial del sistema vascular del pulmón, lo que significa dificul-

dad de vaciamiento del ventrículo derecho con aumento de su trabajo, que a la larga lo hace dilatar y caer en insuficiencia.

La reducción del flujo sanguíneo adelante de la válvula estrecha, afecta a todos los territorios orgánicos, facilita la fatiga muscular, expone a insuficiente riego cerebral con desvanecimientos y merma, en general, la disposición y la capacidad para el trabajo. Si la estenosis mitral se produce antes de la época del desarrollo, el paciente que la sufre no alcanza la talla que le correspondería y puede perturbarse el desarrollo de sus caracteres sexuales secundarios.

Además de las graves alteraciones enunciadas, la estenosis mitral expone a varias complicaciones:

a) Trastornos del ritmo de trabajo del corazón, muy particularmente del tipo llamado fibrilación auricular, en el que las aurículas se contraen en forma totalmente caótica e ineficaz, para producir la propulsión de la sangre y con una frecuencia tan elevada que de pasar todos estos estímulos a los ventrículos, hacen que éstos caigan en situación similar.

b) El estancamiento sanguíneo que se produce en la aurícula izquierda y las alteraciones anatómicas de esta cámara, hacen que la sangre se coagule dentro de ella. Los trombos así formados, pueden ser expulsados e ir alojarse en distintos territorios orgánicos constituyendo embolias cerebrales, renales, de los miembros, etc., con todas sus consecuencias.

Insuficiencia mitral.—Diversas alteraciones cicatrizales de los velos valvulares o de sus tendones de inserción, producen incapacidad de la mitral para impedir el flujo retrógrado de la sangre durante la sístole ventricular, constituyendo la insuficiencia mitral.

En un gran número de casos, el reflujo que se produce por la insuficiencia valvular es de poca cuantía y no acarrea complicaciones funcionales del corazón, permitiendo una vida prácticamente normal a los pacientes. En otros casos, en cambio, la perturbación circulatoria produce graves consecuencias: se dilata progresivamente la aurícula izquierda, crece el ventrículo izquierdo y el volumen que expulsa a través de la aorta es tanto más inadecuado para el funcionamiento general del organismo, cuanto más grande es el escape que la válvula insuficiente permite.

Los pacientes de este grupo se van incapacitando gradualmente, tienen fatiga muscular de fácil presentación, se vuelven asténicos y sufren palpitaciones molestas. El empeoramiento mayor de esta situación acaba por producir insuficiencia cardíaca izquierda con todas sus graves consecuencias.

Doble lesión mitral.—Esta frecuente valvulopatía tiene combinadas en grados variables, las alteraciones que la estenosis y la insuficiencia por separado producen.

II. CARDIOPATÍAS REUMÁTICAS POR VALVULOPATÍA AÓRTICA.—Al igual que en la mitral, la fiebre reumática produce en la aorta unas veces estenosis y otras insuficiencia o, muy frecuentemente, la combinación de ambas lesiones, constituyéndose las dobles lesiones aórticas.

Estenosis aórtica.—La estrechez del orificio de salida de la sangre del ventrículo izquierdo hacia la aorta, produce reducción del flujo sanguíneo a todo el organismo y determina un aumento de trabajo del corazón, que se hipertrofia progresivamente.

Cuando la estenosis aórtica es acentuada, el enfermo que la sufre está expuesto a lipotimias, pérdidas transitorias del conocimiento, síncope, dolores anginosos por falta de riego coronario adecuado e insuficiencia cardíaca.

Aun cuando esta valvulopatía se tolera aceptablemente por largo tiempo, llega un momento en su evolución a partir del cual se precipitan todas las manifestaciones anteriormente señaladas y, en general, siguen un curso irreductible hasta la muerte del paciente.

Insuficiencia aórtica.—La retracción cicatrizal de las valvas sigmoideas impide que éstas coapten y por ello se produce reflujo de sangre hacia el ventrículo.

El volumen de sangre que regresa al ventrículo en vez de seguir su curso por la aorta, constituye una merma del flujo sanguíneo útil para los tejidos y dilata al propio ventrículo cuyo trabajo se ve aumentado proporcionalmente.

La insuficiencia aórtica trae como consecuencia, además de estos dos hechos, un déficit en el riego coronario que acaba por determinar graves insuficiencias cardíacas.

Doble lesión aórtica.—Esta valvulopatía produce una combinación de los cambios patológicos mencionados en relación con la estenosis y con la insuficiencia aórtica.

III.—CARDIOPATÍAS REUMÁTICAS POR VALVULOPATÍA TRICUSPÍDEA.—Durante mucho tiempo se consideró que era excepcional el ataque reumático de la válvula tricúspide, pero los estudios realizados por cardiólogos mexicanos, han puesto de manifiesto que las valvulopatías reumáticas tricuspídeas, tienen una frecuencia muy semejante a las aórticas. El daño residual cicatrizal, sin embargo, sólo excepcionalmente alcanza magnitud equiparable al que se produce en la mitral o en la aorta, o sea que, en general, las lesiones orgánicas tricuspídeas no son de grave trascendencia hemodinámica.

Frente a este hecho anatómico, existe una peculiar situación funcional. El ventrículo derecho se dilata con mayor facilidad que el izquierdo y las valvulopatías mitrales, en muchos

de los casos, acaban por sobrecargar y distender tal cavidad cardíaca. Esto determina la aparición frecuente de insuficiencias tricuspídeas llamadas funcionales que acompañan a las valvulopatías mitrales y aórticas en gran número de casos.

Las alteraciones tricuspídeas producen estancamiento sanguíneo en la aurícula derecha y en las venas que a ella desembocan, las dos cavas, y en todo el sistema venoso tributario de éstas. Las consecuencias de esta situación producen distensión del hígado con dolor de esfuerzo, pesadez y dolorimiento después de las comidas, diversos trastornos digestivos y con facilidad provocan edema de magnitud variable en los miembros inferiores. Cuando las alteraciones son de mayor cuantía, se produce astenia importante de los enfermos, desvanecimientos frecuentes sobre todo en los cambios posturales rápidos y entorpecimiento de las funciones cerebrales.

Como se consignó anteriormente, la insuficiencia tricuspídea supera con mucho en importancia a la estenosis que rara vez adquiere las dimensiones suficientes para constituir por sí misma, un verdadero problema. Cuando esto ocurre, la gravedad de los trastornos hemodinámicos llega a su máximo e incapacita muy grandemente a los enfermos que la sufren.

La dilatación de la aurícula derecha consecutiva a las valvulopatías tricuspídeas y la lentitud del flujo sanguíneo que en ella se produce, facilita la formación de trombos en tal cavidad cardíaca y determina trastornos del ritmo auricular, especialmente fibrilación auricular. Los trombos formados dentro de la aurícula derecha, pueden ser expulsados hacia la circulación pulmonar, produciendo ahí infartos de extensión diversa cuyas consecuencias pueden llegar hasta la muerte súbita, cuando la embolia es de grandes proporciones y ocluye alguna de las ramas principales de la arteria pulmonar.

La congestión del hígado, sostenida por largo tiempo, acaba por determinar insuficiencia hepática que se suma a los sufrimientos de este tipo de enfermos que habitualmente terminan sus días en un estado de grave caquexia, con líquido retenido en los miembros inferiores y en la cavidad peritoneal.

En el curso de los últimos quince años, los avances de la cirugía han permitido la corrección eficaz de varias de las valvulopatías mencionadas. En algunos casos la resolución quirúrgica del problema de estos enfermos, exige el reemplazo total de uno o más de los aparatos valvulares por válvulas artificiales.

No siempre se logra resolver cabalmente el problema de las cardiopatías reumáticas con la cirugía, máxime cuando además de los daños valvulares existe importante alteración miocárdica. Aún en los casos óptimos, los pacientes deben continuar con tratamiento profiláctico para evitar nuevas infecciones estreptocócicas y nuevas recaídas del mal. Además, deben de ser vigilados periódicamente por el cardiólogo, sobre todo en los casos en que se hace reemplazo valvular, que son sometidos a tratamiento anticoagulante permanente y que tienen riesgos especiales que exigen revisión periódica.

III LOS SUJETOS, EL MATERIAL Y EL PROCEDIMIENTO

La prueba psicológica proyectiva de frases incompletas de Sacks y Levy⁽⁴⁾ se administró en forma oral e individual, a cien pacientes con cardiopatía reumática y a cincuenta sujetos normales sin cardiopatía; estos últimos se utilizaron como grupo control. Los cien enfermos cardíacos fueron divididos en dos grupos: uno integrado por 25 hombres y 25 mujeres recluídos en los pisos primero y segundo de hospital del Instituto Nacional de Cardiología de México; el otro grupo, también formado por 25 hombres y 25 mujeres, eran pacientes de Consulta Externa del propio Instituto. El grupo control quedó constituido por 25 hombres y 25 mujeres, aparentemente sanos desde el punto de vista cardiológico, y que se prestaron voluntariamente a ser entrevistados. Estos grupos tenían características semejantes a las de los enfermos en cuanto a edad, nivel escolar, social y cultural.

La selección de los pacientes cardíacos reumáticos y de los sujetos normales se hizo tomando en consideración que se tratara de personas entre los 20 y 50 años de edad. La edad promedio de los grupos estudiados fue de 30 años para los hombres y 31 para las mujeres.

Los grupos de pacientes se constituyeron por persona de nivel social "medio-medio", "medio-bajo" o "bajo alto". El nivel de su escolaridad osciló entre los primeros años de primaria, la secundaria y algunos llegaron a estudios preparatorios y sólo un caso alcanzó el 2º año de nivel profesional. Respecto al estado civil de los enfermos, éstos fueron solteros o casados. La edad de los pacientes, así como sus estados civil y socio-económico, fueron variables que al principio se pretendió controlar, sin embargo, como no se encontró el suficiente número de sujetos, hospitalizados o de consulta externa, que reunieran las mismas constantes de edad, de estado civil y de nivel socio-económico para hacer una evaluación estadística, se optó solamente por controlar estrictamente dos variables: sexo y enfermedad cardíaca y de esta última se escogieron las cardiopatías reumáticas.

La prueba psicológica administrada, fue diseñada para obtener material clínico significativo en cuatro áreas representativas del ajuste individual⁽⁴⁾. Estas áreas son: a) área familiar; b) área sexual; c) área de relaciones interpersonales y d) área de concepto de sí mismo.

Estas áreas comprenden las siguientes quince actitudes:

Area familiar con tres actitudes: actitud hacia la madre, hacia el padre y hacia la unidad familiar.

Area sexual con dos actitudes: actitud hacia las mujeres o hacia los hombres y actitud ante las relaciones heterosexuales.

Area de relaciones interpersonales que consta de cuatro actitudes: actitud hacia los amigos y compañeros, hacia los superiores en el trabajo y/o en la escuela, actitud hacia la gente supervisada y hacia los compañeros en el trabajo y/o escuela.

Area de concepto de sí mismo subdividida en las seis siguientes actitudes: miedos, sentimientos de culpa, actitud hacia

las propias habilidades, actitud hacia el pasado, actitud hacia el futuro y metas u objetivos.

Estas quince actitudes se encuentran comprendidas en sesenta frases incompletas que se presentaron a los sujetos en forma verbal para que éstos las completaran con la primera idea que les "asaltara". En esta prueba cada actitud tiene cuatro frases que la exploran. Estas cuatro frases se encuentran diseminadas a lo largo de la prueba (véase Apéndice).

Con el fin de ampliar más la información proporcionada por los pacientes cardíacos, se incluyeron además, veinte frases que exploraban su actitud con respecto a la enfermedad y hacia la hospitalización. Para una mayor exactitud de los datos obtenidos, después de administrada cada prueba, se efectuó una breve entrevista a fin de verificar la veracidad del material proporcionado, tanto de los grupos de enfermos estudiados cuanto del grupo control.

Una vez colectado el material de los enfermos en estudio y del grupo control, se agruparon las contestaciones por áreas y actitudes en seis grupos, es decir, cada grupo en estudio se subdividió en dos partes, una correspondiente a hombres y otra a mujeres y cada subdivisión fue de 25 sujetos. Esta subdivisión por sexos permitió una evaluación de tipo estadístico que se menciona adelante.

Las contestaciones de los 25 sujetos de cada subgrupo se reunieron en una sola hoja para facilitar su calificación y tener un criterio más uniforme en ésta, dado que cada área en estudio con sus respectivas actitudes se fue calificando en conjunto y progresivamente, es decir, si se trataba del área familiar, se calificaba ésta en todos los grupos en estudio y no se pasaba a la calificación de otra área hasta no haber terminado con la anterior. Esto permitió una mayor uniformidad de criterio en la calificación.

La calificación de esta prueba se hizo siguiendo las instrucciones de Sacks y Levy⁽⁴⁾. Si las contestaciones a las frases de la actitud en sí, no dan ninguna perturbación, la calificación es 0 y significa que la perturbación no es significativa. Si la actitud al ser contestada implica una mediana perturbación, es decir, conflictos emocionales pero que se pueden manejar sin ayuda terapéutica, se califica como 1 y el tipo de respuestas que señalan severa perturbación y que parecen requerir ayuda terapéutica para manejar conflictos emocionales en esta actitud, es calificada con 2. Por último, cuando no hay datos suficientes para la evaluación de las cuatro frases se indica con una X. Ejemplos de calificación se señalan al final de este trabajo (véase Apéndice).

Sacks y Levy recomiendan que esta calificación se confiara a las cuatro frases correspondientes de cada actitud. Con el fin de tener la mayor veracidad posible en la calificación, en el presente trabajo se fue calificando cada frase de la actitud en 2, 1 ó 0 con las implicaciones anotadas. La calificación de cada una de estas frases se iba anotando en hojas diseñadas para este propósito, con cuatro columnas para la calificación de las cuatro frases en una determinada actitud de los 25 sujetos, ya fueran hombres o mujeres. Cuando se tenía completa la calificación de los 25 sujetos, se tomaba en cuenta lo siguiente: se calificaba la actitud con 2, cuando más de dos de sus frases estaban calificadas con 2. Se calificaba con 1, cuando más de dos frases estaban calificadas con 1 y se calificaba con 0 cuando las cuatro frases se habían calificado con cero o cuando había tres frases con 0 y una con calificación de 1. Se dió el caso de que sólo una de las cuatro frases de alguna actitud se calificara con 2 y las demás con 0. Ante esta situación, se tomó la resolución de calificar la actitud como medianamente perturbada, por lo que se le dió la calificación de 1. Hubo también un último caso particular en el cual se calificaron tres frases con 1 y una con 2; esto condujo a una mejor observación y crítica de las cuatro frases en su conjunto y la mayoría de las veces se le dió a la actitud la calificación de 2.

Todas las áreas de los grupos en estudio se calificaron, ya que en aquellas actitudes en que no había datos suficientes para su evaluación a través de la prueba, se exploraron a través de la breve entrevista y de las frases adicionales que se les administró. Estas frases adicionales que se referían a la actitud hacia la enfermedad y hacia el hospital y su personal, se calificaron en forma cualitativa, lo que sirvió para apoyar los resultados cuantitativos obtenidos en la calificación total de la prueba.

Manejo estadístico de los datos.

Con el objeto de corroborar la hipótesis que se ha planteado en el desarrollo de este trabajo, se sometieron los datos encontrados a un análisis estadístico, que comprendió desde la obtención de relaciones porcentuales, hasta la aplicación de pruebas de significación porcentual.

Las relaciones porcentuales se efectuaron tanto en las actitudes cuanto en las cuatro áreas de personalidad en conjunto, pues en el primer caso se hacía necesario conocer el comportamiento particular de esa actitud, a fin de no llevar a cabo en última instancia, todas las pruebas de significación porcentual que el análisis combinatorio dictaba al respecto. Por tal motivo estas relaciones porcentuales parciales, indujeron a obtener las relaciones porcentuales del área total; con las cuales sí fue posible aplicar la prueba de significación porcentual⁽⁵⁶⁾ cuya fórmula es la siguiente:

$$\frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\left(\sqrt{\frac{pq}{n_1}}\right)^2 + \left(\sqrt{\frac{pq}{n_2}}\right)^2}}$$

Las pruebas estuvieron en función de las principales combinaciones que se pudieron establecer a través de los tres grupos fundamentales de estudio, es decir, el sano o normal, el hos-

pitalizado y el de consulta externa; sin descuidar desde luego, el aspecto sexo que sirvió de pauta inicial para el diseño de este trabajo.

Los resultados de las pruebas aplicadas y las combinaciones antes señaladas, se mencionan a continuación.

IV ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Las perturbaciones en las cuatro áreas estudiadas (familiar, sexual, relaciones interpersonales y concepto de sí mismo) se comparan entre los hombres y las mujeres (Tabla 1) de cada grupo estudiado y por otro lado los hombres y las mujeres por separado (Tablas 2 y 3). Los resultados se expresan para cada área explorada.

AREA FAMILIAR.

De acuerdo a la Tabla 1, en el área familiar se observa que en los grupos control hubo más conflicto en la mujer (uno = 28% y cero = 53%) que en el hombre (uno = 12% y cero = 73%). Este conflicto fue principalmente referido hacia la unidad familiar (Tabla 4A). El grupo hospitalizado femenino mostró esta misma característica, pero en forma más exagerada y también hacia la unidad familiar, con respecto al sexo masculino (Tabla 1). Por otra parte, este conflicto que se exageró en las mujeres hospitalizadas, disminuyó significativamente en las mujeres enfermas del grupo de consulta externa, las que con respecto al grupo control, no mostraron perturbación, sino al contrario, mejoraron notablemente sus conceptos hacia las tres actitudes de esta área (Tabla 3B).

Los resultados de los grupos femeninos fueron opuestos a los obtenidos en los hombres. Los hombres hospitalizados mostraron una mejor disposición hacia el área familiar que los del grupo control y esto ocurrió principalmente respecto a la actitud hacia la madre y hacia la unidad familiar (Tablas 2C, 4B y 4C). En la actitud hacia el padre en esta área, el grupo de hombres hospitalizados mejoró su concepto ante esta figura, no así el grupo control y el de consulta externa que mantuvieron un nivel de conflicto más o menos semejante, predominando ligeramente en su conflicto el grupo control de hombres (Tablas 4B y 4C).

También en forma opuesta a lo encontrado en las mujeres enfermas, los hombres del grupo de consulta externa mostraron una severa perturbación en esta área con respecto a los hospitalizados (Tabla 2C). Su conflicto se refirió principalmente a su actitud hacia el padre y hacia la unidad familiar (Tabla 2C).

AREA SEXUAL.

En esta área se observó que las mujeres (Tabla 1; uno = 46% y cero = 22%) del grupo control mostraron mayor conflicto que los hombres (uno = 26% y cero = 52%). Este conflicto fue principalmente de mediana perturbación en su actitud hacia el hombre (Tabla 4D). Esto mismo se vió exagerado en las mujeres hospitalizadas, pero mostrando ya una severa perturbación (Tabla 1). En cambio, en las mujeres enfermas del grupo de consulta externa, el conflicto disminuyó a tal grado que fue mucho menor al encontrado en las mujeres del grupo control (Tablas 3B y 3C).

Por otro lado, de los tres grupos masculinos estudiados, se encontró diferencia significativa entre el grupo control y el de consulta externa (Tabla 2B). En este último se observó un mayor conflicto, principalmente en su actitud hacia la mujer (Tabla 4E).

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES.

El grupo masculino control mostró mayor conflicto en esta área que el grupo femenino (Tabla 1). Este conflicto fue de mediana índole y referido principalmente hacia los superiores en el trabajo y/o escuela, hacia los amigos y compañeros y hacia los compañeros del trabajo y/o escuela (Tabla 4G). Este conflicto mejoró en el grupo masculino de consulta externa, no así en los hospitalizados que presentaron perturbación de magnitud semejante a la del grupo control (Tablas 4H y 4I).

Por otro lado, en las relaciones interpersonales las mujeres hospitalizadas mostraron mayor conflicto que las del grupo control (Tabla 3A), sobre todo en su actitud hacia la gente supervisada (Tabla 4H). En cambio, las mujeres enfermas del grupo de consulta externa, mostraron una mejor disposición en esta área que las mujeres hospitalizadas (Tabla 3C).

AREA DE CONCEPTO DE SÍ MISMO.

Entre hombres y mujeres del grupo control no se encontró perturbación que fuera significativa (Tabla 1). En cambio, en el grupo hospitalizado, las mujeres mostraron mayor conflicto que los hombres (Tabla 1), sobre todo en cuatro actitudes de esta área: sentimientos de culpa, actitud hacia las propias habilidades, hacia el pasado y hacia el futuro (Tabla 4K). Esto mismo se volvió a observar en los grupos de consulta externa (Tabla 1), en los cuales la mujer mostró mayor perturbación que el hombre pero principalmente en dos actitudes: miedos y actitud hacia el futuro (Tabla 4L).

Comparando solamente los diferentes grupos de mujeres, se observó que las hospitalizadas mostraron mayor conflicto en esta área que las mujeres del grupo control (Tabla 3A), sobre todo en su actitud hacia el futuro (Tabla 4K).

En cuanto a los grupos de hombres, el conflicto en esta área de concepto de sí mismo, se vió exagerado en los grupos hospitalizados y de consulta externa con respecto a los hombres del grupo control (Tablas 2A y 2B). En los grupos hospitalizados se observó mayor conflicto en dos actitudes: actitud hacia las propias habilidades y metas u objetivos. El grupo de consulta externa lo mostró principalmente en la actitud hacia el pasado, hacia el futuro y metas u objetivos (Tabla 4L).

Por último, es importante señalar que en esta área, a pesar de que los dos grupos de enfermos hombres mostraron mayor conflicto total que el grupo control, llama la atención que el grupo control presentó más grave conflicto en una de las actitudes del área, la de miedos, con un 68 por ciento de sujetos con respuestas de severo conflicto (Tabla 4J). En cambio, este severo conflicto sólo se presentó en un 36 por ciento de los hombres hospitalizados (Tabla 4K) y en un 20 por ciento de los de consulta externa (Tabla 4L).

ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD Y EL HOSPITAL.

De las veinte frases adicionales que se presentaron a todos los grupos de enfermos para explorar su actitud hacia la enfermedad y hacia el medio hospitalario, se encontró que en la actitud hacia la enfermedad, los hombres hospitalizados tuvieron respuestas de mayor optimismo que los hombres de consulta externa; sin embargo, ambos grupos mostraron más optimismo que los grupos femeninos. En cuanto a estos últimos, las respuestas de las mujeres hospitalizadas fueron de índole pesimista y depresiva, exagerándose esto en las mujeres del grupo de consulta externa (Tabla 5). Además, las hospitalizadas mostraron francas respuestas hostiles.

La actitud hacia el hospital y su personal, fue enteramente favorable en todos los grupos de enfermos estudiados. (Tabla 5.)

T A B L A 1

TOTAL PORCENTAJES POR AREAS

AREA FAMILIAR (I)

<u>Grupo Control</u>			<u>Grupo Hospitalizado</u>			<u>Grupo Consulta Externa</u>	
<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>	<i>P</i>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>	<i>P</i>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>
%	%		%	%		%	%
dos = 15	dos = 19		dos = 5	dos = 23	0.0016	dos = 19	dos = 11
uno = 12	uno = 28	0.02	uno = 9	uno = 21	0.04	uno = 20	uno = 17
cero= 73	cero= 53	0.01	cero= 86	cero= 56	0.00	cero= 61	cero= 72

AREA SEXUAL (II)

<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>	<i>P</i>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>	<i>P</i>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>
%	%		%	%		%	%
dos = 22	dos = 32		dos = 20	dos = 48	0.002	dos = 30	dos = 24
uno = 26	uno = 46	0.03	uno = 38	uno = 38		uno = 34	uno = 38
cero= 52	cero= 22	0.02	cero= 42	cero= 14	0.0016	cero= 36	cero= 38

AREA RELACIONES INTERPERSONALES (III)

<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>	<i>P</i>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>	<i>P</i>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>
%	%		%	%		%	%
dos = 26	dos = 27		dos = 24	dos = 30		dos = 19	dos = 21
uno = 31	uno = 13	0.007	uno = 35	uno = 25		uno = 27	uno = 21
cero= 43	cero= 60	0.01	cero= 41	cero= 45		cero= 54	cero= 58

AREA DE CONCEPTO DE SI MISMO (IV)

<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>	<i>P</i>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>	<i>P</i>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>
%	%		%	%		%	%
dos = 32	dos = 33		dos = 27	dos = 41	0.008	dos = 25	dos = 35
uno = 23	uno = 27		uno = 37	uno = 31		uno = 41	uno = 32
cero= 45	cero= 39		cero= 36	cero= 28		cero= 34	cero= 33

Esta tabla muestra la significación porcentual por sexos en cada grupo estudiado. Los porcentajes estadísticamente significativos son los detallados en negro y la cifra de la derecha, manifiesta el grado de confianza al establecer la diferencia (P).

Dos, uno y cero se refieren a la calificación según el grado de perturbación de las respuestas (véase texto).

El porcentaje se refiere al número de sujeto que obtuvieron una determinada calificación. Cada grupo constó de 50 sujetos. 25 hombres y 25-mujeres.

T A B L A 2

2 A
HOMBRES

AREA FAMILIAR (I)		GRUPO CONTROL		GRUPO HOSPITALIZADO		P
calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	
dos=	15	dos=	5			
uno=	12	uno=	9			
cero=	73	cero=	86			0.04

AREA SEXUAL (II)		GRUPO CONTROL		GRUPO HOSPITALIZADO		P
calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	
dos=	22	dos=	20			
uno=	26	uno=	38			
cero=	52	cero=	42			

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES (III)		GRUPO CONTROL		GRUPO HOSPITALIZADO		P
calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	
dos=	26	dos=	24			
uno=	31	uno=	35			
cero=	43	cero=	41			

AREA DE CONCEPTO DE SI MISMO (IV)		GRUPO CONTROL		GRUPO HOSPITALIZADO		P
calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	
dos=	32	dos=	27			
uno=	23	uno=	37			0.008
cero=	45	cero=	36			0.10

2 B
HOMBRES

AREA FAMILIAR (I)		GRUPO CONTROL		GRUPO CONSULTA EXTERNA		P
calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	
dos=	15	dos=	15	dos=	19	
uno=	12	uno=	12	uno=	20	
cero=	73	cero=	73	cero=	61	

AREA SEXUAL (II)		GRUPO CONTROL		GRUPO CONSULTA EXTERNA		P
calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	
dos=	22	dos=	22	dos=	30	
uno=	26	uno=	26	uno=	34	
cero=	52	cero=	52	cero=	36	0.10

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES (III)		GRUPO CONTROL		GRUPO CONSULTA EXTERNA		P
calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	
dos=	26	dos=	26	dos=	19	
uno=	31	uno=	31	uno=	27	
cero=	43	cero=	43	cero=	54	

AREA DE CONCEPTO DE SU MISMO (IV)		GRUPO CONTROL		GRUPO CONSULTA EXTERNA		P
calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	
dos=	32	dos=	32	dos=	25	
uno=	23	uno=	23	uno=	41	0.00
cero=	45	cero=	45	cero=	34	0.04

2 C
HOMBRES

AREA FAMILIAR (I)		GRUPO HOSPITALIZADO		GRUPO CONSULTA EXTERNA		P
calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	
dos=	5	dos=	5	dos=	19	0.008
uno=	9	uno=	9	uno=	20	0.05
cero=	86	cero=	86	cero=	61	0.00

AREA SEXUAL (II)		GRUPO HOSPITALIZADO		GRUPO CONSULTA EXTERNA		P
calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	
dos=	20	dos=	20	dos=	30	
uno=	38	uno=	38	uno=	34	
cero=	42	cero=	42	cero=	36	

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES (III)		GRUPO HOSPITALIZADO		GRUPO CONSULTA EXTERNA		P
calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	
dos=	24	dos=	24	dos=	19	
uno=	35	uno=	35	uno=	27	
cero=	41	cero=	41	cero=	54	0.06

AREA DE CONCEPTO DE SI MISMO (IV)		GRUPO HOSPITALIZADO		GRUPO CONSULTA EXTERNA		P
calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	calif.	Por ciento	
dos=	27	dos=	27	dos=	25	
uno=	37	uno=	37	uno=	41	
cero=	36	cero=	36	cero=	34	

Esta tabla muestra, en la columna P, el grado de confianza al establecer la significación porcentual exclusivamente de los grupos femeninos estudiados. Los porcentajes estadísticamente significativos son los detallados en negro. La prueba estadística se hizo entre grupo control y grupo hospitalizado, entre grupo control y grupo de consulta externa y entre grupo hospitalizado y grupo de consulta externa.

3 A
MUJERES

<u>AREA FAMILIAR (I)</u>		<u>GRUPO CONTROL</u>		<u>GRUPO HOSPITALIZADO</u>	
Calif.	Por ciento	Calif.	Por ciento		
dos=	19	dos=	23		
uno=	28	uno=	21		
cero=	53	cero=	56		
<u>AREA SEXUAL (II)</u>		<u>GRUPO CONTROL</u>		<u>GRUPO HOSPITALIZADO</u>	
Calif.	Por ciento	Calif.	Por ciento	P	
dos=	32	dos=	48	0.10	signif
uno=	46	uno=	38		
cero=	22	cero=	14		
<u>AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES (III)</u>		<u>GRUPO CONTROL</u>		<u>GRUPO HOSPITALIZADO</u>	
Calif.	Por ciento	Calif.	Por ciento		
dos=	27	dos=	30		
uno=	13	uno=	25	0.02	signif
cero=	60	cero=	45	0.03	signif
<u>AREA DE CONCEPTO DE SI MISMO</u>		<u>GRUPO CONTROL</u>		<u>GRUPO HOSPITALIZADO</u>	
Calif.	Por ciento	Calif.	Por ciento		
dos=	33	dos=	41		
uno=	27	dos=	31		
cero=	39	cero=	28	0.03	signif

T A B L A 3

3 B
MUJERES

<u>AREA FAMILIAR (I)</u>		<u>GRUPO CONTROL</u>		<u>GRUPO CONSULTA EXTERNA</u>	
Calif.	Por ciento	Calif.	Por ciento	P	
dos=	19	dos=	11		
uno=	28	uno=	17	0.10	signif
cero=	53	cero=	72	0.01	signif
<u>AREA SEXUAL (II)</u>		<u>GRUPO CONTROL</u>		<u>GRUPO CONSULTA EXTERNA</u>	
Calif.	Por ciento	Calif.	Por ciento		
dos=	32	dos=	24		
uno=	46	uno=	38		
cero=	22	cero=	38	0.08	signif
<u>AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES (III)</u>		<u>GRUPO CONTROL</u>		<u>GRUPO CONSULTA EXTERNA</u>	
Calif.	Por ciento	Calif.	Por ciento		
dos=	27	dos=	21		
uno=	13	uno=	21		
cero=	60	cero=	58		
<u>AREA DE CONCEPTO DE SI MISMO (IV)</u>		<u>GRUPO CONTROL</u>		<u>GRUPO CONSULTA EXTERNA</u>	
Calif.	Por ciento	Calif.	Por ciento		
dos=	33	dos=	35		
uno=	27	uno=	32		
cero=	39	cero=	33		

3 C
MUJERES

<u>AREA FAMILIAR (I)</u>		<u>GRUPO HOSPITALIZADO</u>		<u>GRUPO CONSULTA EXTERNA</u>	
Calif.	Por ciento	Calif.	Por ciento	P	
dos=	23	dos=	11		
uno=	21	uno=	17		
cero=	56	cero=	72		
<u>AREA SEXUAL (II)</u>		<u>GRUPO HOSPITALIZADO</u>		<u>GRUPO CONSULTA EXTERNA</u>	
Calif.	Por ciento	Calif.	Por ciento		
dos=	48	dos=	24	0.01	signif
uno=	38	uno=	38		
cero=	14	cero=	38	0.005	signif
<u>AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES (III)</u>		<u>GRUPO HOSPITALIZADO</u>		<u>GRUPO CONSULTA EXTERNA</u>	
Calif.	Por ciento	Calif.	Por ciento		
dos=	30	dos=	21		
uno=	25	uno=	21		
cero=	45	cero=	58	0.06	signif
<u>AREA DE CONCEPTO DE SI MISMO (IV)</u>		<u>GRUPO HOSPITALIZADO</u>		<u>GRUPO CONSULTA EXTERNA</u>	
Calif.	Por ciento	Calif.	Por ciento		
dos=	41	dos=	35		
uno=	31	uno=	32		
cero=	28	cero=	33		

Esta tabla muestra, en la columna P, el grado de confianza al establecer la significación porcentual exclusivamente de los grupos femeninos estudiados. Los porcentajes estadísticamente significativos son los detallados en negro. La prueba estadística se hizo entre grupo control y grupo hospitalizado, entre grupo control y grupo de consulta externa y entre grupo hospitalizado y grupo de consulta externa.

T A B L A 4

CALIFICACIONES Y PORCENTAJES DE CADA UNA DE LAS QUINCE ACTITUDES DE LAS CUATRO AREAS DE LA PRUEBA DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS Y LEVY.

4 A

AREA I FAMILIAR	GRUPOS CONTROL			
	Masculino		Femenino	
	calif.	por ciento	calif.	por ciento
1. Actitud hacia la madre.	dos=	4	dos=	12
	uno=	8	uno=	28
	cero=	88	cero=	60
2. Actitud hacia el padre.	dos=	36	dos=	28
	uno=	20	uno=	28
	cero=	44	cero=	44
3. Actitud hacia la unidad familiar.	dos=	4	dos=	16
	uno=	8	uno=	28
	cero=	88	cero=	56

Porcentaje total de las calificaciones de las tres actitudes de esta-- Area Familiar.

Masculino		Femenino	
calif.	por ciento	calif.	por ciento
dos=	15	dos=	19
uno=	12	uno=	28
cero=	73	cero=	53

4 B

AREA I FAMILIAR	GRUPOS HOSPITALIZADOS			
	Masculino		Femenino	
	calif.	por ciento	calif.	por ciento
1. Actitud hacia la madre.	dos=	0	dos=	8
	uno=	4	uno=	28
	cero=	96	cero=	64
2. Actitud hacia el padre.	dos=	16	dos=	24
	uno=	20	uno=	20
	cero=	64	cero=	56
3. Actitud hacia la unidad familiar.	dos=	0	dos=	36
	uno=	4	uno=	16
	cero=	96	cero=	48

Porcentaje total de las calificaciones de las tres actitudes de esta Area Familiar.

Masculino		Femenino	
calif.	por ciento	calif.	por ciento
dos=	5	dos=	23
uno=	9	uno=	21
cero=	86	cero=	56

4 C

AREA I FAMILIAR	GRUPOS CONSULTA EXTERNA			
	Masculino		Femenino	
	calif.	por ciento	calif.	por ciento
1. Actitud hacia la madre.	dos=	8	dos=	8
	uno=	12	uno=	16
	cero=	80	cero=	76
2. Actitud hacia el padre.	dos=	36	dos=	20
	uno=	32	uno=	20
	cero=	32	cero=	60
3. Actitud hacia la unidad familiar.	dos=	12	dos=	4
	uno=	16	uno=	16
	cero=	72	cero=	80

Porcentaje total de las calificaciones de las tres actitudes de esta Area Familiar

Masculino		Femenino	
calif.	por ciento	calif.	por ciento
dos=	19	dos=	11
uno=	20	uno=	17
cero=	61	cero=	72

4 D

AREA II
SEXUAL

GRUPOS CONTROL

	<u>Masculino</u>		<u>Femenino</u>	
	<u>calif.</u>	<u>por ciento</u>	<u>calif.</u>	<u>por ciento</u>
4. Actitud hacia la mujer o hacia el hombre.	dos=	32	dos=	36
	uno=	20	uno=	56
	cero=	48	cero=	8
5. Actitud hacia las relaciones heterosexuales.	dos=	12	dos=	28
	uno=	32	uno=	36
	cero=	56	cero=	36

Porcentaje total de las calificaciones de las dos actitudes de esta - Area Sexual.

	<u>Masculino</u>		<u>Femenino</u>	
	<u>calif.</u>	<u>por ciento</u>	<u>calif.</u>	<u>por ciento</u>
dos=	22		dos=	32
uno=	26		uno=	46
cero=	52		cero=	22

4 E

AREA II
SEXUAL

GRUPOS HOSPITALIZADOS

	<u>Masculino</u>		<u>Femenino</u>	
	<u>calif.</u>	<u>por ciento</u>	<u>calif.</u>	<u>por ciento</u>
4. Actitud hacia la mujer o hacia el hombre.	dos=	24	dos=	64
	uno=	32	uno=	32
	cero=	44	cero=	4
5. Actitud hacia -- las relaciones - heterosexuales.	dos=	16	dos=	32
	uno=	44	uno=	44
	cero=	36	cero=	24

Porcentaje total de las calificaciones de las dos actitudes de esta - Area Sexual.

	<u>Masculino</u>		<u>Femenino</u>	
	<u>calif.</u>	<u>por ciento</u>	<u>calif.</u>	<u>por ciento</u>
dos=	20		dos=	48
uno=	38		uno=	38
cero=	22		cero=	14

4 F

AREA II
SEXUAL

GRUPOS CONSULTA EXTERNA

	<u>Masculino</u>		<u>Femenino</u>	
	<u>calif.</u>	<u>por ciento</u>	<u>calif.</u>	<u>por ciento</u>
4. Actitud hacia la mujer o hacia el hombre.	dos=	40	dos=	32
	uno=	40	uno=	44
	cero=	20	cero=	24
5. Actitud hacia las relaciones heterosexuales.	dos=	20	dos=	16
	uno=	28	uno=	32
	cero=	52	cero=	52

Porcentaje total de las calificaciones de las dos actitudes de esta - Area Sexual.

	<u>Masculino</u>		<u>Femenino</u>	
	<u>calif.</u>	<u>por ciento</u>	<u>calif.</u>	<u>por ciento</u>
dos=	30		dos=	24
uno=	34		uno=	38
cero=	36		cero=	38

4 G

AREA III
DE RELACIONES INTERPERSONALES

GRUPOS CONTROL

	<u>Masculino</u>		<u>Femenino</u>	
	<u>calif.</u>	<u>porcentaje</u>	<u>calif.</u>	<u>porcentaje</u>
6. Actitud hacia los amigos y compañeros.	dos=	52	dos=	48
	uno=	24	uno=	8
	cero=	24	cero=	44
7. Actitud hacia los superiores en el trabajo y/o escuela.	dos=	8	dos=	20
	uno=	48	uno=	16
	cero=	44	cero=	64
8. Actitud hacia la gente supervisada	dos=	24	dos=	28
	uno=	24	uno=	16
	cero=	52	cero=	56
9. Actitud hacia los compañeros del trabajo y/o escuela.	dos=	20	dos=	12
	uno=	28	uno=	12
	cero=	52	cero=	76

Porcentaje total de las calificaciones de las cuatro actitudes de esta Area de Relaciones Interpersonales.

<u>Masculino</u>		<u>Femenino</u>	
<u>calif.</u>	<u>porcentaje</u>	<u>calif.</u>	<u>porcentaje</u>
dos=	26	dos=	27
uno=	31	uno=	13
cero=	43	cero=	60

4 H

AREA III
DE RELACIONES INTERPERSONALES

GRUPOS HOSPITALIZADOS

	<u>Masculino</u>		<u>Femenino</u>	
	<u>calif.</u>	<u>porcentaje</u>	<u>calif.</u>	<u>porcentaje</u>
6. Actitud hacia los amigos y compañeros	dos=	48	dos=	48
	uno=	24	uno=	32
	cero=	28	cero=	20
7. Actitud hacia los superiores en el trabajo y/o escuela.	dos=	12	dos=	12
	uno=	48	uno=	44
	cero=	40	cero=	44
8. Actitud hacia la gente supervisada.	dos=	28	dos=	56
	uno=	48	uno=	16
	cero=	24	cero=	28
9. Actitud hacia los compañeros del trabajo y/o escuela.	dos=	8	dos=	4
	uno=	20	uno=	8
	cero=	72	cero=	88

Porcentaje total de las calificaciones de las cuatro actitudes de esta Area de Relaciones Interpersonales.

<u>Masculino</u>		<u>Femenino</u>	
<u>calif.</u>	<u>porcentaje</u>	<u>calif.</u>	<u>porcentaje</u>
dos=	24	dos=	30
uno=	35	uno=	25
cero=	41	cero=	45

4 I

AREA III
DE RELACIONES INTERPERSONALES

GRUPOS CONSULTA EXTERNA

	<u>Masculino</u>		<u>Femenino</u>	
	<u>calif.</u>	<u>porcentaje</u>	<u>calif.</u>	<u>porcentaje</u>
6. Actitud hacia los amigos y compañeros.	dos=	52	dos=	60
	uno=	20	uno=	16
	cero=	28	cero=	24
7. Actitud hacia los superiores en el trabajo y/o escuela.	dos=	16	dos=	4
	uno=	36	uno=	28
	cero=	48	cero=	68
8. Actitud hacia la gente supervisada.	dos=	4	dos=	20
	uno=	44	uno=	36
	cero=	52	cero=	44
9. Actitud hacia los compañeros del trabajo y/o escuela.	dos=	4	dos=	0
	uno=	8	uno=	4
	cero=	88	cero=	96

Porcentaje total de las calificaciones de las cuatro actitudes de esta Area de Relaciones Interpersonales.

<u>Masculino</u>		<u>Femenino</u>	
<u>calif.</u>	<u>porcentaje</u>	<u>calif.</u>	<u>porcentaje</u>
dos=	19	dos=	21
uno=	27	uno=	21
cero=	54	cero=	58

AREA IV
CONCEPTO DE SI MISMO

4 J

	GRUPOS CONTROL			
	Masculino		Femenino	
	calif.	Porcentaje	calif.	porcentaje
10. Miedos	dos=	68	dos=	52
	uno=	28	uno=	40
	cero=	4	cero=	8
11. Sentimientos de culpa	dos=	52	dos=	48
	uno=	36	uno=	52
	cero=	12	cero=	0
12. Actitud hacia las propias habilidades	dos=	48	dos=	56
	uno=	32	uno=	12
	cero=	20	cero=	32
13. Actitud hacia el pasado	dos=	12	dos=	32
	uno=	20	uno=	28
	cero=	68	cero=	40
14. Actitud hacia el futuro	dos=	4	dos=	8
	uno=	8	uno=	28
	cero=	88	cero=	64
15. Metas u objetivos	dos=	8	dos=	4
	uno=	16	uno=	4
	cero=	76	cero=	92

Porcentaje total de las calificaciones de las seis actitudes de esta Area de Concepto de Sí Mismo.

	Masculino		Femenino	
	calif.	porcentaje	calif.	porcentaje
dos=	32		33	
uno=	23		27	
cero=	45		39	

AREA IV
CONCEPTO DE SI MISMO

4 K

	GRUPOS HOSPITALIZADOS			
	Masculino		Femenino	
	calif.	Porcentaje	calif.	porcentaje
10. Miedos	dos=	36	dos=	40
	uno=	60	uno=	56
	cero=	4	cero=	4
11. Sentimientos de culpa	dos=	36	dos=	56
	uno=	52	uno=	24
	cero=	12	cero=	20
12. Actitud hacia las propias habilidades.	dos=	60	dos=	72
	uno=	24	uno=	20
	cero=	16	cero=	8
13. Actitud hacia el pasado	dos=	20	dos=	36
	uno=	8	uno=	20
	cero=	72	cero=	44
14. Actitud hacia el futuro	dos=	8	dos=	36
	uno=	20	uno=	16
	cero=	72	cero=	48
15. Metas u objetivos	dos=	4	dos=	4
	uno=	56	uno=	52
	cero=	40	cero=	44

Porcentaje total de las calificaciones de las seis actitudes de esta área de Concepto de Sí Mismo.

	Masculino		Femenino	
	calif.	porcentaje	calif.	porcentaje
dos=	27		41	
uno=	37		31	
cero=	36		28	

AREA IV
CONCEPTO DE SI MISMO

4 L

	GRUPOS CONSULTA EXTERNA			
	Masculino		Femenino	
	calif.	porcentaje	calif.	porcentaje
10. Miedos	dos=	20	dos=	48
	uno=	72	uno=	52
	cero=	8	cero=	0
11. Sentimientos de culpa	dos=	32	dos=	40
	uno=	40	uno=	40
	cero=	28	cero=	20
12. Actitud hacia las propias habilidades.	dos=	48	dos=	56
	uno=	20	uno=	20
	cero=	32	cero=	24
13. Actitud hacia el pasado	dos=	32	dos=	16
	uno=	16	uno=	8
	cero=	52	cero=	76
14. Actitud hacia	dos=	16	dos=	48
	uno=	32	uno=	16
	cero=	52	cero=	36
15. Metas u objetivos	dos=	0	dos=	0
	uno=	68	uno=	56
	cero=	32	cero=	44

Porcentaje total de las calificaciones de las seis actitudes de esta Area de Concepto de Sí Mismo.

	Masculino		Femenino	
	calif.	porcentaje	calif.	porcentaje
dos=	25		35	
uno=	41		32	
cero=	34		33	

T A B L A 5

ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD Y HACIA EL HOSPITAL

GRUPOS MASCULINOS

<u>Hospitalizado</u>		<u>Consulta Externa</u>	
<u>Act. h. la enfermedad</u>	<u>Act. h. el hospital</u>	<u>Act. h. la enfermedad</u>	<u>Act. h. el hospital</u>
por ciento	por ciento	por ciento	por ciento
optimismo = 56	favorable = 100	optimismo = 40	favorable = 92
pesimismo = 40		pesimismo = 44	
ambivalencia = 4		ambivalencia = 16	

GRUPOS FEMENINOS

<u>Hospitalizado</u>		<u>Consulta Externa</u>	
<u>Act. h. la enfermedad</u>	<u>Act. h. el hospital</u>	<u>Act. h. la enfermedad</u>	<u>Act. h. el hospital</u>
por ciento	por ciento	por ciento	por ciento
optimismo = 44	favorable = 100	optimismo = 28	favorable = 92
pesimismo = 56		pesimismo = 68	
ambivalencia = 0		ambivalencia = 4	

Al analizar la cualidad de las respuestas proporcionadas por los grupos de enfermos estudiados, en cuanto a su actitud hacia la enfermedad, se observó que en el grupo de hombres hospitalizados hubo mayor optimismo en sus respuestas. En los grupos femeninos predominó el pesimismo a través de respuestas depresivas, sobre todo en el grupo de consulta externa. La actitud optimista se refirió a expectativa favorable a la enfermedad. La pesimista a expectativa desfavorable a la enfermedad. En tanto que en la actitud ambivalente, el sujeto ofreció tanto respuestas pesimistas como optimistas a su enfermedad. La actitud hacia el hospital y su personal, fue favorable en todos los grupos; sobre todo, en los hospitalizados.

V D I S C U S I O N

Las enfermedades cardíacas han sido consideradas, en general, como problemas de orden puramente físico, sin embargo, hay un número considerable de observaciones que puntualizan la relación entre los factores psicológicos y las enfermedades cardíacas. Según estas observaciones los factores psicológicos deben ser incluídos en la etiología y, por tanto, en los programas de investigación de las enfermedades cardiovasculares. Las relaciones entre los factores psicológicos y el sistema cardiovascular han sido estudiados, en general, considerando algunos de los tres aspectos que a continuación se exponen.

1º En algunos experimentos los individuos han sido sujetos a ciertos estímulos o situaciones que pudieran afectar a su sistema cardiovascular, registrándose las respuestas cardiovasculares producidas por estas situaciones (⁵⁷⁻⁶⁶).

2º Como parte del estudio clínico se entrevista a los pacientes cardíacos para determinar qué tipo de conflicto ha precedido a su enfermedad (⁶⁷⁻⁸³).

3º En un tercer grupo se han examinado las características de personalidad de los cardíacos (⁸⁴⁻⁹⁶).

Los hallazgos de estas investigaciones sugieren las siguientes relaciones(⁹⁷).

A.—Hay respuestas circulatorias producidas por causas de "stress" y éstas pueden influir en la aparición o en el curso de una enfermedad cardíaca.

B.—En los pacientes cardíacos se encuentra a menudo, una historia de aumento gradual de algunas situaciones conflictivas que precede a la enfermedad.

C.—Los individuos con cardiopatías presentan frecuentemente una historia de trabajo excesivo bajo presiones del medio ambiente, de presiones autoimpuestas, o ambas situaciones.

La evidencia acumulada indica, por lo tanto, que los aspectos psicológicos de las enfermedades cardíacas deben considerarse, necesariamente, en los estudios etiológicos de una cardiopatía.

Las dos áreas del campo cardiológico más estudiadas desde el punto de vista psicológico, son las enfermedades de las coronarias y la hipertensión arterial esencial. Los factores emocionales más importantes encontrados en tales procesos han sido la ansiedad crónica flotante y los impulsos de hostilidad reprimidos (^{84, 87, 95, 98.119}). En estos tipos de pacientes cardíacos el síntoma mental más frecuente es la angustia, como resultante de una movilización de la hostilidad inconsciente. También se ha observado que en ocasiones las necesidades excesivas de dependencia o las necesidades de controlar el ambiente (^{120, 121}) pueden prolongar la invalidez del paciente a causa de sus ventajas secundarias. Además, la amenaza de la enfermedad puede ser tan intolerable para el paciente que hay negación irracional y rebeldía a que exista dicha enfermedad (^{122, 123, 124}). Las enfermedades del aparato circulatorio son especialmente propicias para impresionar la mente del enfermo, no sólo por su enorme y creciente incidencia, sino por el peligro de muerte atribuido a las mismas (¹²⁰) y por la frecuencia con que exponen a un desenlace súbito o conducen a una invalidez que puede consi-

derarse por el enfermo peor aún que la muerte. A este respecto conviene recordar que generalmente se le atribuye al corazón el ser centro de toda emoción, eje de la vida y aún orientador de la conducta.

Las enfermedades del corazón que son producidas por la fiebre reumática, conducen al enfermo a una situación confinada, de ahí que los trastornos emocionales puedan agravar los síntomas de tipo orgánico que comúnmente hay en estos padecimientos. El estado emocional o una serie de actitudes en el paciente, se reflejan a través de sus distintas relaciones con el medio que le rodea.

El número tan elevado de enfermos con cardiopatía reumática que son atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología de México, permite la posibilidad de hacer una breve exploración psicológica en un grupo de estos pacientes, para tratar de obtener datos significativos de áreas específicas de su ajuste individual. Para ello se utilizaron, como ya fue indicado: a) la prueba psicológica proyectiva de Frases Incompletas de Sacks y Levy⁽⁴⁾; b) veinte frases adicionales para explorar la actitud hacia la enfermedad y la hospitalización y c) una breve entrevista que complementa la prueba de frases incompletas.

Comentarios a los datos obtenidos en el presente estudio.

El médico general y el cardiólogo de nuestro medio, muestran usualmente una tendencia a ignorar la importancia de los factores emocionales asociados a los padecimientos cardíacos y a otras enfermedades orgánicas. Al revisar la literatura mexicana del campo cardiovascular, se encontró un número reducido de artículos (¹²⁵⁻¹²⁸) que hacen énfasis en estos aspectos. Tres de estos autores (^{125, 127, 128}) analizan sólo el aspecto teórico del problema y uno (¹²⁶) señala la importancia de los factores psicosomáticos en la patología cardiovascular, a través de estudios clínicos y entrevistas psiquiátricas de doce pacientes.

Los resultados que se desprenden del presente estudio, sugieren la posibilidad de que la conducta psicológica del enfermo cardíaco, sea mejor entendida a través de la aplicación de pruebas psicológicas, puesto que si la presentación de una única prueba proporciona datos de valor, es de esperarse que un estudio psicológico completo, ofrezca una mayor riqueza de datos indicadores de la imagen psicológica de la enfermedad en un paciente dado.

El análisis de los resultados obtenidos a través de la prueba proyectiva de frases incompletas de Sacks y Levy⁽⁴⁾ en los grupos de enfermos cardíacos reumáticos y en los grupos testigo, indicó que en el área familiar el conflicto consciente entre hombres y mujeres con respecto a su núcleo familiar, es indudablemente más acusado en el sexo femenino. Esto ya había sido señalado en la observación clínica de la dinámica familiar del mexicano^(129, 130) y en el presente estudio se confirma plenamente en forma cuantitativa. Ahora bien, en las enfermas cardíacas reumáticas hospitalizadas, esta situación no sólo se presentó, sino que se agravó en forma exagerada. Este hecho probablemente se explique por la hospitalización que da margen a una más libre expresión consciente de su conflicto, dentro de la regresión que sufre generalmente el paciente internado, por incremento de la necesidad de ser amado y cuidado y además porque la inactividad forzada, a causa de la reclusión hospitalaria, engendra el deseo de un estado de dependencia más o menos infantil. Por otro lado, el grupo de mujeres cardíacas de consulta externa, que sólo variaban del grupo anterior en no ser pacientes hospitalizadas, pero con un padecimiento similar, no sólo mejoraron sus opiniones con respecto al núcleo familiar sino que sus respuestas indicaban menor conflicto que las dadas por el grupo control femenino. Esto hace pensar que la situación de enfermedad hizo cambiar radicalmente —quizá a través de posibles racionalizaciones—, la opinión que pudieran haber tenido hacia su núcleo familiar.

Es importante señalar que la problemática en el área familiar de los grupos masculinos se presentó totalmente opuesta a la de los femeninos. En el grupo masculino de cardíacos hospitalizados mejoró su opinión hacia el núcleo familiar. Parece ser que, al estar el sujeto lejos de su familia y sin las responsabilidades inherentes a la misma, se suavizan los posibles conflictos existentes. No así el enfermo cardíaco reumático ambulante en el que se agrava la conciencia de sus problemas, ya que no sólo se encuentra con la responsabilidad de su núcleo familiar, sino además con la imagen angustiante de su padecimiento.

El área sexual de los grupos femeninos estudiados, nos presenta la misma problemática encontrada en el área familiar. Se vuelve a señalar la conflictiva sexual de la mujer mexicana que ya ha sido mencionada en la clínica y que tanto interés ha despertado^(129,130). Sin embargo, el grupo femenino de cardíacas hospitalizadas manifestó más abiertamente su conflicto y no así el grupo de cardíacas ambulantes o de consulta externa, en quienes disminuyó la problemática no sólo en comparación a las mujeres hospitalizadas, sino también en relación a las mujeres del grupo control. En esta situación no sólo entra en juego la manifestación de la enfermedad, sino que, el hecho de estar hospitalizadas o en el hogar, trastorna sus realizaciones femeninas de tipo genital.

En el hombre, el conflicto sexual está exagerado en los cardíacos reumáticos ambulantes en comparación con el grupo masculino control. Indudablemente que aquí la conciencia de impotencia que vive el sujeto enfermo con relación a sus posibilidades sexuales, es lo que induce a manifestar abiertamente su conflicto.

En el área de relaciones interpersonales, los grupos más conflictivos fueron los masculinos a diferencia de lo encontrado en las dos áreas anteriores. Sin embargo, llama la atención que

el grupo de enfermos hombres de consulta externa, presente verbalizaciones menos conflictivas que los otros dos grupos estudiados. Parece que las relaciones con sus semejantes que no sean las de tipo familiar o sexual, están menos perturbadas debido a que dichas relaciones no implican ni responsabilidad ni impotencia.

En las relaciones interpersonales el grupo femenino con mayor conflicto fue el hospitalizado. Parece que vuelven a jugar aquí papeles importantes, no sólo la conciencia de enfermedad sino además, la hospitalización para expresar más abiertamente su problemática.

En el área de concepto de sí mismo, los grupos controles no mostraron diferencia entre ellos. En cambio, todos los grupos de enfermos y enfermas tuvieron conflictos independientemente de que estuvieran hospitalizados o ambulantes. Esta situación predominó en la mujer y sobre todo en la hospitalizada. En esta área, enfermedad y hospitalización parecen ser los factores principales en la conflictiva.

Es importante señalar que en esta área de concepto de sí mismo, en la cual los grupos de enfermos masculinos presentan mayor conflicto con respecto a su grupo control, en la actitud de "miedos" de esta área, el conflicto fue del grupo control en un gran porcentaje. En los enfermos las respuestas a las frases de esta actitud se refirieron a negar su temor ante la enfermedad, o sea que hacen entrar en juego un mecanismo de negación ante la realidad de su padecimiento. Esto parece estar de acuerdo con las observaciones clínicas (^{122.124}) en las cuales ante la amenaza de la enfermedad se recurre a una negación irracional.

El significado que la enfermedad tiene en los diversos grupos de pacientes estudiados, es diferente en hombres y en mujeres. En general el hombre mostró respuestas de mayor optimo, sobre todo los hospitalizados. Las respuestas de las muje-

res, principalmente las de consulta externa, fueron en términos generales más depresivas. Los hombres enfermos usaron con mayor claridad el mecanismo de la negación como expresión de huída ante el temor del trastorno somático. Esta diferencia en la expresión emocional de los dos sexos ante la enfermedad, confirma una vez más las diferencias del manejo emocional de los hombres y las mujeres que ya se ha señalado para otras diferentes conductas⁽¹³¹⁾.

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

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

1.—El uso de la prueba psicológica proyectiva de frases incompletas de Sacks y Levy⁽⁴⁾, proporcionó datos significativos en algunos aspectos de ajuste individual, al ser aplicada a un grupo de enfermos cardíacos reumáticos.

2.—El enfermo orgánico cardíaco, no sólo tiene desórdenes corporales, sino que también están perturbadas sus relaciones con el medio y consigo mismo. Es por ello que la enfermedad puede afectar sus relaciones familiares, con otras personas con quienes esté vinculado y consigo mismo. Además, el hecho de estar o no hospitalizado, parece influir importantemente sobre estas perturbaciones, las cuales se presentan en forma diferente en hombres y mujeres.

3.—Las reacciones psicológicas a los desórdenes corporales, fueron también diferentes en los hombres y en las mujeres estudiados. Las mujeres enfermas reaccionaron con depresión, y las hospitalizadas presentaron, además, un conflicto manifiesto a través de verbalizaciones hostiles. Los hombres enfermos, se mostraron en general con menos conflicto consciente que las mujeres; sin embargo, esto puede ser debido a que recurrieron a un mecanismo de negación ante la enfermedad.

En la actualidad, el médico no debe conformarse sólo con ver a su paciente como un conjunto de lesiones orgánicas, de factores hereditarios o de alteraciones funcionales; sino considerarlo al mismo tiempo, como un ser psicológico. Si no es así, su análisis quedará incompleto, ya que el ser humano sufre en su enfermedad y el estado de su psiquismo influye, a veces de manera profunda, en el desarrollo de la enfermedad misma.

En ocasiones, la incapacidad somática será lo más importante; en otras, la alteración psicológica será la que domine, pero siempre estarán presentes ambos factores. Por lo tanto, si el médico quiere desarrollar una medicina integral, sería conveniente que tomara en cuenta que sus enfermos son seres psicosomáticos inseparables, pues el soma y el psiquismo forman su individualidad.

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

- 1.—Ebbinghaus, H. 1897. Citado por Sacks, J.M. and Levy, S. The Sentence Completion Test. Projective Psychology. Edit. L.E. Abt & L. Bellak. Grove Press, Inc. N.Y., 1959. pág. 361.
- 2.—Payne, A.F. Sentence Completions. New York: New York Guidance Clinic, 1928.
- 3.—Tendler, A.D. A preliminary report on a test for emotional insight. J. Appl. Psychol., 14: 123-136, 1930.
- 4.—Sacks, J.M. and Levy, S. The Sentence Completion Test. Projective Psychology. Edit. L.E. Abt & L. Bellak. Grove Press, Inc. New York, 1959. págs. 357-402.
- 5.—Wheeler, D.R. Imaginal productivity tests in H.A. Murray. Explorations in Personality. Oxford University Press. N.Y., 1938. págs. 545-550; 680-684.
- 6.—Cameron, N. Reasoning, regression and communication in schizophrenia. Psychol. Monogr., 50: 1-34, 1938.
- 7.—Cameron, N. A study of thinking in senile deterioration and schizophrenic desorganization. Amer. J. Psychol., 51: 650-664, 1938.
- 8.—Lorge, I. and Thorndike, E.L. The value of the responses in a completion test as indications of personal traits. J. Appl. Psychol., 25: 191-199, 1941.
- 9.—Sanford, R.N. y otros. Physique, personality and scholarship. Monogr. Soc. Res. Child Devel, 8: N° 1, 1943. Citado por Rotter, J.B. Métodos de Asociación de Palabras y Frases Completas. Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico. Anderson y Anderson. Edic. Rialp, 1963. pág. 350.

- 10.—Rohde, Amanda. Explorations in personality by the sentence completion method. *J. Appl. Psychol.*, 30: 169-181, 1946.
- 11.—Shor, J. Report on a verbal projective technique. *J. Clin. Psychol.*, 2: 279-282, 1946.
- 12.—Hutt, M.L. The use of projective methods of personality measurement in army medical installations. *J. Clin. Psychol.*, 1: 134-140, 1945.
- 13.—Holzberg, J., Teicher, A. and Taylor, J.L. Contributions of clinical psychology to military neuro-psychiatry in an army psychiatry hospital. *J. Clin. Psychol.*, 3: 84-95, 1947.
- 14.—Rotter, J.B. and Willerman, B. The Incomplete Sentences Test as a method of studying personality. *J. Consult. Psychol.*, 11: 43-48, 1947.
- 15.—Rotter, J.B., Rafferty, J.E., and Schachtitz, E. Validation of the Rotter Incomplete Sentences Blank for college screening. *J. Consult. Psychol.*, 13: 348-356, 1949.
- 16.—Rotter, J.B. and Rafferty, J.E. Manual for the Rotter Incomplete Sentences Blank, College Form (New York). The Psychological Corporation, 1950.
- 17.—Stein, M.I. The use of a Sentence Completion Test for the diagnosis of personality. *J. Clin. Psychol.*, 3: 47-56, 1947.
- 18.—Symonds, P.M. The Sentence Completion Test as a projective technique. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 42: 320-329, 1947.
- 19.—Carter, H.J. A combined projective and psychogalvanic response technique for investigating certain affective processes. *J. Consult. Psychol.*, 5: 270-275, 1947.
- 20.—Morton, R. A controlled experiment in psychotherapy based on Rotter's Social Learning Theory of Personality. (Tesis doctoral). Columbus, Ohio; The Ohio State University. Library, 1949.
- 21.—Brown. Tesis doctoral. Universidad del Edo. de Ohio. Citado por Rotter, J.B. Métodos de Asociación de Palabras y Frases Completas. Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico. Anderson y Anderson. Edic. Rialp, 1963. pág. 360.
- 22.—Sacks, J.M. The relative effect upon projective responses of stimuli referring to the subject and of stimuli referring to other persons. *J. Consult. Psychol.*, 13: 12-20, 1949.
- 23.—Kostlan, A. A method for the empirical study of psychodiagnosis. *J. Consult. Psychol.*, 18: 83-88, 1954.

- 24.—Rhode, Amanda. *The Sentence Completion Method*. New York. Ronald, 1957.
- 25.—Forer, B.R. *The Forer Structured Sentence Completion Test*. Los Angeles: Western Psychological Services. 1957.
- 26.—Harrison, R. Studies in the use and validity of the TAT with mentally disordered patients. II. A quantitative study. *Character and Pers.*, 9: 122-133, 1940.
- 27.—Macfarlane, J.W. Problems of validation inherent in projective methods. *Amer. J. of Orthopsychiatry*, 12: 405-412, 1942.
- 28.—Sargent, H. Projective Methods: their origins, theory and applications in personality research. *Psychological Bull.*, 42: 257-293, 1945.
- 29.—Mathur, S. and Pais, Clara. Extratensive and introversive experience balances as tested by the Rorschach test and the Sacks Completion Test. *Manas*, 10: 1-14, 1963.
- 30.—Mathur, S. and Sharma, S.C. Attitude measurement by two projective tests. *Journal of Psychological Research*, 9: 39-40, 1965.
- 31.—Kingsley, L. A comparison of the sentence completion responses of psychopaths and prisoners. *J. Clin. Psychol.*, 17: 183-195, 1961.
- 32.—Nichols, R.C. and Beck, K.W. Factors in psychotherapy change. *J. Consult. Psychol.*, 24: 388-399, 1960.
- 33.—Fitzsimmons, S.J. and Marcuse, F.L. Adjustment in leaders and non-leaders as measured by the sentence completion projective technique. *J. Clin. Psychol.*, 17: 380-381, 1961.
- 34.—Veldman, D.J., Peck, R.F. and McGuire, C. Measuring the value systems of education professors. *J. educ. Psychol.*, 52: 330-334, 1961.
- 35.—Dave, I. Use of the sentence completion method in identifying personal problems. *U. Rajasthan Stud. Educ.*, 5: 1-20, 1962.
- 36.—Howard, K.I. The convergent and discriminant validation of ipsative ratings from three projective instruments. *J. Clin. Psychol.*, 18: 183-188, 1962.
- 37.—Jones, W.C., Meyer, H.J. and Borgatta, E.F. Social and psychological factors in status decisions of unmarried mothers. *Marriage fam. Liv.*, 24: 224-230, 1962.
- 38.—Michaux, W.W. Note on a projective technique for studying group dynamics. *Group Psychother.*, 15: 334-335, 1962.

- 39.—Sundberg, N.D. and Tyler, L.E. *Clinical Psychology. An Introduction to Research and Practice.* Appleton-Century-Crofts. New York, 1962. pág. 242.
- 40.—Theiner, E.C. The magnitude of four experimental needs as expressed by two projective techniques. *J. proj. Tech.*, 26: 354-365, 1962.
- 41.—Bernard, J.L. Supplementary report: Effects of reinforcement on the defensive denial of paranoid attitudes. *Psychol. Rep.*, 12: 270, 963.
- 42.—Jessor, R., Liverant, S. and Opochnisky, S. Imbalance in need structure and maladjustment. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 66: 271-275, 1963.
- 43.—Johns, D.R. A sentence completion test for impulse management. *Dissert. Abstr.*, 23: 2984-2985, 1963.
- 44.—Kennedy, W.A., Cottrell, T. and Smith, A. Norms of gifted adolescents on the Rotter Incomplete Sentence Blank. *J. Clin. Psychol.*, 19: 314-315, 1963.
- 45.—Miner, J.B. Occupational differences in the desire to exercise power. *Psychological Reports*, 13: 18, 1963.
- 46.—Smith, R.M. Sentence completion differences between intellectually superior boys and girls. *J. Proj. Tech. and Pers. Asses.* 27: 472-480, 1963.
- 47.—Takala, M. and Pitkanen, L. Level of activation and goal-directed behavior: The effect of chlorpromazine on aggressive, achievement oriented and affiliation oriented verbal responses. *Scand. J. Psychol.*, 4: 115-122, 1963.
- 48.—VanBuskirk, C. and Yufit, R.I. A comparison of two techniques for personality assessment. *J. proj. Tech.*, 27: 98-110, 1963.
- 49.—Wathelet, A. Adaptation de lé prueve de phrases a compléter de D. Bonnet á la guidance psycho-médico-sociale d'élevés abordant l'enseignement secondaire. *Revue Gelge de Psychologie et de Pedagogie*, 103: 65-90, 1963.
- 50.—Weitman, M. Extent of criminal activity, sex and varieties of authoritarianism. *Psychological Reports*, 13: 217-218, 1963.
- 51.—Hampton, P.J. Application of the Dollard and Auld content analysis method to sentence completion material. *Psychological Reports*, 15: 67-70, 1964.

- 52.—Segal, S.J. and Szabo, R. Identification in two vocations: Accountants and creative writers. *Personnel & Guidance Journal*, 43: 252-255, 1964.
- 53.—Mukherjee, B.N. Achievement motivation and goal-setting behavior in the classroom. *British J. of Educational Psychology*, 35: 286-293, 1965.
- 54.—Müller, A. Ergebnisse mit einem Satzergänzungstest bei verkehrspsychologischen Eignungsuntersuchungen (Resultados de pruebas de frases incompletas en investigación psicológica sobre aptitudes de manejo de vehículos). *Diagnostica*, 11: 74-93, 1965.
- 55.—Goldberg, J.B. Computer analysis of sentence completions. *J. of Proj. Tech. and Pers. Asses.*, 30: 37-45, 1966.
- 56.—Bancroft, H. Introduction to Biostatistics. A Hoeber-Harper Book. New York, 1957. pág. 118.
- 57.—Cannon, W.B. and Mendenhal, W. Factors affecting the coagulation time of the blood. *Am. J. Physiol.*, 34: 232, 1914.
- 58.—Grollman, A. Physiological variations in the cardiac output of man. IV. The effect of psychic disturbances on the cardiac output, pulse, blood pressure and oxygen consumption of man. *Am. Physiol.*, 89: 584-588, 1929.
- 59.—Stead, E.A. Jr., Warren, J.V., Merrill, A.J. and Brannon, E.S. Cardiac output in male subjects as measured by technique of right atrial catheterization: Normal values with observations in effects of anxiety and tilting. *J. Clin. Invest.*, 24: 326, 1945.
- 60.—Wolf, G.A. Jr., and Wolff, H.G. Studies on the nature of certain symptoms associated with cardiovascular disorders. *Psychosom. Med.*, 8: 293, 1946.
- 61.—Hickam, J.B., Cargell, W.H. and Golden, A. Cardiovascular reactions to emotional stimuli: effect on cardiac output. A-V Oxygen difference, arterial pressure and peripheral resistance. *J. Clin. Invest.*, 27: 290, 1948.
- 62.—Pfeiffer, J.B. and Wolff, H.G. Studies in renal circulation during periods of life stress and accompanying emotional reactions in subjects with and without essential hypertension; observations on the role of neural activity in regulation of renal blood flow. *Proc. A Research Nerv. and Ment. Dis., Life Stress and Bodily Disease*, Williams & Wilkins, Baltimore, 29: 929, 1950.
- 63.—Macht, D.I. Influence of some changes and of emotions on blood coagulation. *J.A.M.A.*, 148: 265, 1952.

- 64.—Hellerstein, H. Work load and cardiac function. Proc. Conference on Heart in Industry. New York Heart Assoc., 1959. pág. 42.
- 65.—Pérez Morales, F. y Rubenstein, E. Relaciones entre factores emocionales y cambios de la presión arterial. Acta psiquiat. psicol. Argent., 8: 212-215, 1962.
- 66.—Weiner, H., Singer Margaret and Resiser, M.F. Cardiovascular responses and their psychological correlates: I. A study in healthy young adults and patients with peptic ulcer and hypertension. Psychosom. Med., 24: 477-498, 1962.
- 67.—Fitzhugh, C. and Hamilton, B.E. Coronary occlusion and fatal angina pectoris. J.A.M.A., 100: 475, 1933.
- 68.—Master, M., Dack, S. and Jaffee, H.L. Factors and events associated with onset of coronary thrombosis. J.A.M.A., 109: 546, 1937.
- 69.—Boas, E.R. Angina pectoris and cardiac infarction from trauma or unusual effort. J.A.M.A., 112: 1887, 1939.
- 70.—Paterson, J.C. Relation of physical exertion and emotion to precipitation of coronary thrombi. J.A.M.A., 112: 895, 1939.
- 71.—Boas, E.R. Some immediate causes of cardiac infarction. Am. Heart J., 23: 1, 1942.
- 72.—Blumgart, H.L. The relation of effort to attacks of acute myocardial infarction. J.A.M.A., 128: 775, 1945.
- 73.—Stevenson, I. and Duncan, C.H. Alterations in cardiac function and circulatory efficiency during periods of stress as shown by changes in the rate, rhythm, electrocardiographic pattern and output of the heart in those with cardiovascular disease. Proc. A Research Nerv. and Ment. Dis., Life Stress and Bodily Disease. Williams & Wilkins, Baltimore, 29: 799, 1950.
- 74.—White, P.D. The psyche and the soma; the spiritual and physical attributes of the heart. Ann. Int. Med., 35: 1291, 1951.
- 75.—Master, A.M. and Jaffee, H.L. Factors in the onset of coronary occlusion and coronary insufficiency. Effort, occupation, trauma and emotion. J.A.M.A., 148: 794, 1952.
- 76.—Chambers, W.N. and Reiser, M.F. Emotional stress in the precipitation of congestive heart failure. Psychosom. Med., 15: 38, 1953.
- 77.—Kapp, L.A. Trauma in relation to coronary thrombosis. Ann. Int. Med., 40: 327, 1954.

- 78.—Applebaum, I.I. et al. Myocardial infarction, a clinical review of 888 cases. *J. Newark Beth Israel Hosp.*, 6: 305, 1955.
- 79.—Jarvinen, K.A.J. Can ward rounds be a danger to patients with myocardial infarction. *Brit. Heart J.*, 1: 318, 1955.
- 80.—Weiss, E., Dlin, B., Rollin, H.R., Fischer, H.K. and Bepler, C.R. Emotional factors in coronary occlusion. *Arch. Int. Med.*, 99: 628-641, 1957.
- 81.—Russek, H.I. and Zohman, E.I. Relative significance of heredity, diet and occupational stress in coronary heart disease of young adults. *Am. J.M. Sc.*, 235: 266, 1958.
- 82.—Dreyfus, F. Role of emotional stress preceding coronary occlusion. *Am. J. Cardiol.*, 3: 590, 1959.
- 83.—Ham, G.C. Psychosomatic perspectives: The cardiovascular system. *Psychosom. Med.*, 24: 31-36, 1962.
- 84.—Dunbar, F. Psychosomatic Diagnosis. New York. Hoeber, Inc., 1943.
- 85.—Arlow, J.A. Identification mechanisms in coronary occlusion. *Psychosom. Med.*, 7: 195, 1945.
- 86.—Kemple, C. Rorschach methods and psychosomatic diagnosis. Personality traits of patients with rheumatic disease; hypertensive cardiovascular disease, coronary occlusion and fracture. *Psychosom. Med.*, 7: 85, 1945.
- 87.—Dunbar, F. Emotions and Bodily Changes. New York. Columbia Univ. Press, 1947.
- 88.—Halliday, J.L. Psychosocial Medicine. New York. W.W. Norton, 1948.
- 89.—Gildea, E. Special features of personality which are common to certain psychosomatic disorders. *Psychosom. Med.*, 11: 273, 1949.
- 90.—Stortment, C.T. Personality and heart disease. *Psychosom. Med.*, 13: 304, 1951.
- 91.—Miles, H.H.W., Waldfogel, S., Barrabee, E.L. and Cobb, S. Psychosomatic study of 46 young men with coronary artery disease. *Psychosom. Med.*, 16: 455, 1954.
- 92.—Kaplan, S.M. Psychological aspects of cardiac disease. A study of patients experiencing mitral commissurotomy. *Psychosom. Med.*, 18: 221-233, 1956.
- 93.—Weiss, D.B., Rollin, H.R., Fisher, H.K. and Bepes, C.R. Emotional factors in coronary occlusion. *Arch. Int. Med.*, 99: 628, 1957.

- 94.—Friedman, M. and Rosenman, R.H. Association of a specific behavior pattern with increases in blood cholesterol, blood clotting time, and incidence of clinical coronary disease. Presented at meetings of the American Heart Association, San Francisco, October 26, 1958. (Citado por Fischer, S.H. N^o 97).
- 95.—Cleveland, S.E., Johnson, D.L. Personality patterns in young males with coronary disease. *Psychosom. Med.*, 24: 600-610, 1962.
- 96.—Altland, N.R. Personality correlates of acute myocardial infarction. *Dissertation Abstracts*, 26: 1157-1158, 1965.
- 97.—Fischer, S.H. Psychological factors and heart disease. *Circulation*, 27: 113-117, 1963.
- 98.—Alexander, F. Psychosomatic study of a case of essential hypertension. *Psychosom. Med.*, 1: 139, 1939.
- 99.—Gildea, E. Special features of personality which are common to certain psychosomatic disorders. *Psychosom. Med.*, 1: 273, 1939.
- 100.—Saul, L.J. Hostility in cases of essential hypertension. *Psychosom. Med.*, 1: 153, 1939.
- 101.—Arlow, J.A. Identification mechanisms in coronary occlusion. *Psychosom. Med.*, 7: 195, 1945.
- 102.—Alexander, F. *Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications*. Norton, New York, 1950.
- 103.—Saslow, G., Gressel, G.C., Shobe, F.O., DuBois, P.H. and Schroeder, H.A. Possible etiologic relevance of personality factors in arterial hypertension. *Psychosom. Med.*, 12: 292, 1950.
- 104.—Binger, C. On so called psychogenic influence in essential hypertension. *Psychosom. Med.*, 13: 271, 1951.
- 105.—Wolf, S., Cardon, P.V. Jr., Sheppard, E.M. and Wolff, H.G. *Life Stress and Essential Hypertension*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1955.
- 106.—Saul, S. and Sheppard, E. An attempt to quantify emotional forces using manifest dreams: a preliminary study. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 4: 486, 1956.
- 107.—Schneider, D.E. *The Image of the Heart*. Internat. Univ. Press, New York, 1956.
- 108.—Hammarsten, J.F., Cathey, C.W., Redmond, R.F. and Wolf, S. Serum cholesterol, diet and stress in patients with coronary artery disease. *J. Clin. Invest.*, 36: 897, 1957.

- 109.—Thaler, M., Weiner, H. and Reiser, M.F. Exploration and the doctor-patient relationship through projective techniques. *Psychosom. Med.*, 19: 228, 1957.
- 110.—Van Der Valk, J.M. Blood pressure changes under emotional influences, in patients with essential hypertension and control subjects. *J. Psychosom. Res.*, 2: 134, 1957.
- 111.—Schlacter, J. Pain, fear and anger in hypertensive and normotensives. *Psychosom. Med.*, 19: 17, 1957.
- 112.—Friedman, M., Rosenman, R.H. and Carroll, V. Changes in serum cholesterol and blood clotting time in men subjected to cyclic variations of occupational stress. *Circulation*, 17: 852, 1958.
- 113.—Friedman, M. and Rosenman, R.H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J.A.M.A.*, 169: 1286, 1959.
- 114.—Oken, D. An experimental study of suppressed anger and blood pressure. *A.M.A. Arch. Gen. Psychiat.*, 2: 441, 1960.
- 115.—Wardwell, W.I., Bahnson, C.B. and Eisenberg, H. Hartford study of myocardial infarction: social and psychological factors. Trabajo no publicado, 1961. (Citado por Cleveland, S.E. N° 95).
- 116.—Kaplan, S.M., Gottschalk, L.A., Magliocco, E.B., Rottovit, D.D. and Ross, W.D. Hostility in verbal production and hypnotic dreams of hypertensive patients. Studies of groups and individuals. *Psychosom. Med.*, 23: 311-322, 1961.
- 117.—Gottschalk, L.A., Gleser, G.C., D'zmura, T. and Hanenson, I.B. Some psychophysiological relations in hypertensive women. 26: 610-617, 1964.
- 118.—Shapiro, A.P. Conference on Psychological Aspects of Cardiovascular Disease. Editorial. *Psychosom. Med.*, 26: 4, 1964.
- 119.—Miller, C.K. Psychological correlates of coronary artery disease. *Psychosom. Med.*, 27: 257-265, 1965.
- 120.—Bellak, L. Psicología de las Enfermedades Orgánicas. Introducción a la Medicina Psicosomática. Edic. Hormé, Argent., 1965, pág. 60.
- 121.—Noyes, A.P. and Kolb, L.C. *Psiquiatría Clínica Moderna*. La Prensa Médica Mexicana. México, 1961. Cap. XII.
- 122.—Drewry, P.H. Jr. and Wall, J.H. Mental reactions and their management in patients with cardiac disease. *Am. J. Psychiat.*, 94: 561-576, 1937.

- 123.—Reiser, M.F. Emotional aspects of cardiac disease. *Am. J. Psychiat.*, 107: 781-785, 1951.
- 124.—Meyer, B.C., Blacher, R.S. and Brown, F. A clinical study of psychiatric and psychological aspects of mitral surgery. *Psychosom. Med.*, 23: 194-218, 1961.
- 125.—Aceves, S. Medicina psicosomática e hipertensión arterial. *Gaceta Médica de México*, 79: 230-237, 1949.
- 126.—Monroy Rivera, J.R. Importancia de los factores psicosomáticos en la patología cardiovascular. Tesis, UNAM. 1950.
- 127.—Méndez, L. Neurosis cardíaca. Astenia neurocirculatoria. *Principia Cardiologica*, 3: 337-346, 1956.
- 128.—Vaquero, M. Psicoterapia y rehabilitación en el insuficiente cardíaco. *Arch. Inst. Cardiol. Méx.*, 23: 1-3, 1962.
- 129.—Ramírez, S. El Mexicano. Psicología de sus Motivaciones. Edit. Pax-México, S. A. 3ª Ed., 1961.
- 130.—González Pineda, F. El Mexicano. Psicología de su Destructividad. Edit. Pax-México, S. A. 2ª Ed., 1963.
- 131.—Reik, T. Diferencias Emocionales entre los Sexos. Biblioteca: Psicología de Hoy. Vol. 42. Edic. Hormé, Buenos Aires, 1966.

APENDICE

- A. La prueba de frases incompletas de Sacks y Levy (SSCT).
- B. Veinte frases adicionales para explorar actitud hacia la enfermedad y el hospital.
- C. Ejemplos de calificación (ver texto).

A

TEST DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS (SSCT)

T. inic.....T. term.....

Nombre Sexo Edad Fecha Nº Exp

Escol. Piso/c Pad.

- 1.—Siento que mi padre rara vez
- 2.—Cuando la suerte está en mi contra
- 3.—Siempre he querido que
- 4.—Si estuviera encargado
- 5.—El futuro me parece
- 6.—Las personas que son mis superiores
- 7.—Sé que es una tontería pero tengo miedo
- 8.—Siento que un verdadero amigo
- 9.—Cuando era niño.....
- 10.—Mi idea de una mujer/hombre perfecto
- 11.—Cuando veo a una mujer y un hombre juntos
- 12.—Comparada con la mayoría de las familias la mía
- 13.—En el trabajo me llevo bien
- 14.—Mi madre
- 15.—Daría cualquier cosa por olvidar la vez que yo
- 16.—Si mi padre solamente fuera
- 17.—Creo que tengo habilidad para
- 18.—Sería completamente feliz si
- 19.—Si la gente trabaja (o trabajara) bajo mis órdenes
- 20.—Busco
- 21.—En la escuela mis maestros

- 22.—La mayoría de mis amigos no saben que yo tengo miedo de
- 23.—No me gusta la gente que
- 24.—Antes cuando era más joven
- 25.—Pienso que la mayoría de las muchachas/os
- 26.—Mi concepto del matrimonio es
- 27.—Mi familia me trata como
- 28.—Las personas con quien trabajo son
- 29.—Mi madre y yo
- 30.—Mi peor equivocación fue
- 31.—Deseo que mi padre
- 32.—Mi mayor debilidad
- 33.—Mi ambición secreta en la vida
- 34.—La gente que trabaja (o trabajara) bajo mis órdenes
- 35.—Algún día yo
- 36.—Cuando veo venir a mi jefe
- 37.—Me gustaría perder el miedo
- 38.—La gente que más me gusta
- 39.—Si fuera joven (o niño) otra vez
- 40.—Creo que la mayoría de las mujeres/hombres
- 41.—Si yo hubiera tenido relaciones sexuales
- 42.—La mayoría de las familias que conozco
- 43.—Me gustaría trabajar con personas que
- 44.—Pienso que la mayoría de las madres
- 45.—Cuando era pequeño me sentía culpable de
- 46.—Pienso que mi padre es
- 47.—Cuando las circunstancias me son adversas
- 48.—Al dar órdenes a otros
- 49.—Lo que más deseo en la vida es
- 50.—Cuando sea más grande de edad

- 51.—La gente que yo creo mis superiores
- 52.—A veces mis temores me impulsan a
- 53.—Cuando no estoy presente, mis amigos
- 54.—Mi experiencia infantil más vívida (o recordada)
- 55.—Lo que menos me gusta de las mujeres/hombres
- 56.—Mi vida sexual
- 57.—Cuando era niño mi familia
- 58.—La gente que trabaja conmigo generalmente
- 59.—Me gusta mi madre pero
- 60.—La peor cosa que he hecho en mi vida

Observaciones.—

CLASIFICACION Y APRECIACION DE FRASES

AREA FAMILIAR

I.—Actitud hacia la madre

14. 2 - 1 - 0

29. 2 - 1 - 0

44. 2 - 1 - 0

59. 2 - 1 - 0

Observaciones:

II.—Actitud hacia el padre

1. 2 - 1 - 0

16. 2 - 1 - 0

31. 2 - 1 - 0

46. 2 - 1 - 0

Observaciones:

III.—Actitud hacia la unidad fam.

12. 2 - 1 - 0

27. 2 - 1 - 0

42. 2 - 1 - 0

57. 2 - 1 - 0

Observaciones:

IV.—Actitud hacia las muj/hom.

10. 2 - 1 - 0

25. 2 - 1 - 0

40. 2 - 1 - 0

55. 2 - 1 - 0

Observaciones:

AREA SEXUAL

V.—Actitud hacia las rel. heter.

11. 2 - 1 - 0

26. 2 - 1 - 0

41. 2 - 1 - 0

56. 2 - 1 - 0

Observaciones:

45. 2 - 1 - 0

60. 2 - 1 - 0

Observaciones:

XII.—Act. hacia las prop. habilidades

2. 2 - 1 - 0

17. 2 - 1 - 0

32. 2 - 1 - 0

47. 2 - 1 - 0

Observaciones:

XIII.—Act. hacia el pasado

9. 2 - 1 - 0

24. 2 - 1 - 0

39. 2 - 1 - 0

54. 2 - 1 - 0

Observaciones:

XIV.—Act. hacia el futuro

5. 2 - 1 - 0

20. 2 - 1 - 0

35. 2 - 1 - 0

50. 2 - 1 - 0

Observaciones:

XV.—Metas u objetivos

3. 2 - 1 - 0

18. 2 - 1 - 0

33. 2 - 1 - 0

49. 2 - 1 - 0

Observaciones:

B

VEINTE FRASES ADICIONALES QUE SE INCLUYERON PARA EXPLORAR ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD Y HACIA EL HOSPITAL

- 1ª—Siento que mi enfermedad
- 3ª—En el (piso/consulta externa) me llevo bien.....
- 6ª—Mi enfermedad
- 9ª—Las personas con quien (convivo hoy/tengo que tratar aquí) son..
.....
- 12ª—Hoy, que me siento enfermo
- 15ª—Si no estuviera enfermo
- 18ª—Me gustaría que me atendieran personas que
- 21ª—Sé que mi enfermedad
- 24ª—En mi enfermedad mi madre
- 27ª—Cuando me enfermé mi padre
- 30ª—Cuando supieron que estaba enfermo mis familiares
-
- 33ª—La mujer/El hombre ante la enfermedad
- 36ª—Desde que enfermé mis amigos
- 39ª—La gente que (está en el piso/está en este Servicio) conmigo gene-
ralmente
- 42ª—Mi jefe al enfermarme
- 45ª—Siento que mi enfermedad me impide
- 48ª—Sé que estoy enfermo porque
- 51ª—Antes de (estar/venir) aquí
- 54ª—Cuando me den de alta
- 57ª—Cuando veo venir a mi doctor

XVI.—Act. hacia enf

1 ^a	2	—	1	—	0	33 ^a	2	—	1	—	0
6 ^a	2	—	1	—	0	36 ^a	2	—	1	—	0
12 ^a	2	—	1	—	0	42 ^a	2	—	1	—	0
15 ^a	2	—	1	—	0	45 ^a	2	—	1	—	0
21 ^a	2	—	1	—	0	48 ^a	2	—	1	—	0
24 ^a	2	—	1	—	0	51 ^a	2	—	1	—	0
27 ^a	2	—	1	—	0	54 ^a	2	—	1	—	0
30 ^a	2	—	1	—	0	57 ^a	2	—	1	—	0

Observaciones:

XVII.—Act. hacia hosp.

3 ^a	2	—	1	—	0
9 ^a	2	—	1	—	0
18 ^a	2	—	1	—	0
39 ^a	2	—	1	—	0

Observaciones:

C

EJEMPLOS DE CALIFICACIONES EN LA PRUEBA SSCT (Ver texto)

AREA FAMILIAR

- I.—*Actitud hacia la madre* *Calif. dos*
14. Mi madre MALA
29. Mi madre y yo NO NOS LLEVAMOS
44. Pienso que la mayoría de las madres MALAS E
IRRESPONSABLES
59. Me gusta mi madre pero..... ADORO A MI MADRE,
PERO REPRIMO EN
DEMOSTRARSELO, PE-
RO HAY MOMENTOS
QUE LA DETESTO, LA
ABORREZCO Y LA
ADORO
- Calif. uno*
14. Mi madre ES UNA MUJER MUY
TRABAJADORA
29. Mi madre y yo PUDIERAMOS SER...
MAS AMIGAS
44. Pienso que la mayoría de las madres DEBEN SER COMPREN-
SIVAS
59. Me gusta mi madre pero FUE CREADA EN
OTRO SIGLO
- Calif. cero*
14. Mi madre LA QUIERO MUCHO
29. Mi madre y yo PLATICAMOS MUCHO
44. Pienso que la mayoría de las madres SON COMPRENSIVAS
59. Me gusta mi madre pero NO PONGO NINGUN
PERO

II.—*Actitud hacia el padre*

Calif. dos

1. Siento que mi padre rara vez..... ME QUISO
16. Si mi padre solamente fuera..... UN HOMBRE... NO LO
PUEDO QUERER, ME
HIZO TANTO DAÑO
31. Deseo que mi padre..... MEJORE SU CARAC-
TER. NO NOS HAGA
SUFRIR TANTO POR
EL
46. Pienso que mi padre es..... MALO

Calif. uno

1. Siento que mi padre rara vez..... ESTA JUNTO A MI
16. Si mi padre solamente fuera..... MAS CARIÑOSO
31. Deseo que mi padre..... SEA MENOS SECO,
PUES
46. Pienso que mi padre es..... BUENO

Calif. cero

1. Siento que mi padre rara vez..... DESCANSA
16. Si mi padre solamente fuera..... UN SIMPLE TRABAJA-
DOR, LO QUERRIA
IGUAL
31. Deseo que mi padre..... LLEGUE A SER LO
QUE PRETENDE
46. Pienso que mi padre es..... UN HOMBRE BUENO

III.—*Actitud hacia la unidad familiar*

Calif. dos

12. Comparada con la mayoría de las
familias la mía ALEJADAS
27. Mi familia me trata como..... UN EXTRAÑO
42. La mayoría de las familias que
conozco MALAS
57. Cuando era niño mi familia..... PUES ESTABA YO...
NO TENIA YO ATEN-
CIONES

Calif uno

12. Comparada con la mayoría de las familias la mía ESTA A PARTE, ESTA MUY INDEPENDIENTE
27. Mi familia me trata como..... BIEN
42. La mayoría de las familias que conozco PARA MI SON MUY BUENAS GENTES
57. Cuando era niño mi familia..... ALGUNOS ME QUERIAN Y ALGUNOS ME VEIAN MAL

Calif. cero

12. Comparada con la mayoría de las familias la mía SON MUY BUENOS
27. Mi familia me trata como..... CON MUCHO CARIÑO
42. La mayoría de las familias que conozco SON AMABLES
57. Cuando era niño mi familia..... "ERAN" MUY CONTENTOS

AREA SEXUAL

IV.—*Actitud hacia las mujeres o hacia los hombres*

Calif. dos

10. Mi idea de un hombre perfecto... NO EXISTE
25. Pienso que la mayoría de los muchachos SON HIPOCRITAS
40. Creo que la mayoría de los hombres SON FALSOS
55. Lo que menos me gusta de los hombres QUE TODOS BUSCAN ANTES QUE NADA A LA MUJER

Calif. uno

10. Mi idea de un hombre perfecto... NO TOMAR, NI JUGAR, TRABAJAR
25. Pienso que la mayoría de los muchachos NO SON SINCEROS

40. Creo que la mayoría de los hombres SE DESARROLLAN
MAS LENTAMENTE
MENTALMENTE
55. Lo que menos me gusta de los
hombres LO INESTABLE
- Calif. cero*
10. Mi idea de una mujer perfecta..... PUES GRACIAS A DIOS
LA TENGO
25. Pienso que la mayoría de las
muchachas PARA MI SON MUY
BONITAS
40. Creo que la mayoría de las mujeres PUES SON MUY
BONITAS
55. Lo que menos me gusta de las
mujeres A MI LAS MUJERES ME
GUSTAN TODAS, PERO
DEPENDE... (ríe)

V.—*Actitud hacia las relaciones
heterosexuales*

- Calif. dos*
11. Cuando veo a una mujer y un
juntos SIENTO CELOS, ENVI-
DIA
26. Mi concepto del matrimonio es..... QUE ES MUY DIFICIL
41. Si yo hubiera tenido relaciones
sexuales ME HUBIERA PERJU-
DICADO
56. Mi vida sexual NO SE ME OCURRE...
- Calif. uno*
11. Cuando veo a una mujer y un
juntos PUES CREO QUE SON
FELICES O ME SON
INDIFERENTES TAM-
BIEN
26. Mi concepto del matrimonio es..... ES PUES REGULAR

41. Si yo hubiera tenido relaciones sexuales PUES SERIA LO MAS NATURAL, BUENO YA CASADA
56. Mi vida sexual CASI INADVERTIDA
- Calif. cero*
11. Cuando veo a una mujer y un juntos PUES ME GUSTA SI ESTAN FELICES
26. Mi concepto del matrimonio es..... DE MUY BUENO, DEBE SER MUY BUENO
41. Si yo hubiera tenido relaciones sexuales LAS HE TENIDO
56. Mi vida sexual BASTANTE BIEN

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES

VI.—*Actitud hacia los amigos y compañeros*

Calif. dos

8. Siento que un verdadero amigo.... NO HAY
23. No me gusta la gente que..... ME SIGUE
38. La gente que más me gusta..... ES LA ALEGRE
53. Cuando no estoy presente, mis amigos ME SIENTO MAS LIBRE

Calif. uno

8. Siento que un verdadero amigo.... TIENE QUE SER BUENO
23. No me gusta la gente que..... QUE ES ENREDOSA
38. La gente que más me gusta..... ¿PUES QUIEN ME GUSTA?
53. Cuando no estoy presente, mis amigos NO SE QUE HAGAN

Calif. cero

- 8. Siento que un verdadero amigo.... SIEMPRE ESTARA CONMIGO
- 23. No me gusta la gente que..... ES PESIMISTA Y NO SABE CONTROLAR SUS IMPULSOS
- 38. La gente que más me gusta..... LA QUE HABLA CON FRANQUEZA
- 53. Cuando no estoy presente,
mis amigos ME ECHAN DE MENOS

VII.—*Actitud hacia los superiores en el trabajo y/o escuela*

Calif. dos

- 6. Las personas que son mis superiores PUES LAS AGUANTO
- 21. En la escuela mis maestros NO ESCUCHAN
- 36. Cuando veo venir a mi jefe..... ME DA MIEDO
- 51. La gente que yo creo mis superiores NO SE

Calif. uno

- 6. Las personas que son mis superiores RESPETARLAS
- 21. En la escuela mis maestros ME MANDAN
- 36. Cuando veo venir a mi jefe..... ME PONGO NERVIOSA
- 51. La gente que yo creo mis superiores A VECES LA ADMIRO Y OTRAS VECES ME PARECE QUE NO DEBEN SER SUPERIORES

Calif. cero

- 6. Las personas que son mis superiores ME ANIMAN
- 21. En la escuela mis maestros ME ENSEÑARON A ESCRIBIR
- 36. Cuando veo venir a mi jefe..... ME DA GUSTO
- 51. La gente que yo creo mis superiores SON SINCEROS

VIII.—*Actitud hacia la gente supervisada*

Calif. dos

4. Si estuviera encargado NO ME GUSTARIA
19. Si la gente que trabaja (o trabajara)
bajo mis órdenes PUES NO, ESO SI TAM-
BIEN NO
34. La gente que trabaja (o trabajara)
bajo mis órdenes NO, ESO SI NO LO SE
CONTESTAR
48. Al dar órdenes a otros PIENSO QUE SE ENO-
JAN PORQUE LES DI-
GO ALGO

Calif. uno

4. Si estuviera encargado ESA NO
19. Si la gente que trabaja (o trabajara)
bajo mis órdenes SERIA... NO SE
34. La gente que trabaja (o trabajara)
bajo mis órdenes QUE FUERA COMPE-
TENTE
48. Al dar órdenes a otros PUES AUNQUE HE TE-
NIDO FACILIDAD DE
DARLAS, YO ME CON-
SIDERO QUE NO LES
DABA LAS ORDENES
COMO DEBIA DE SER

Calif. cero

4. Si estuviera encargado CREO PODERLO CUM-
PLIR
19. Si la gente que trabaja (o trabajara)
bajo mis órdenes TRATARIA DE SER
AMABLE Y BUEN JEFE
34. La gente que trabaja (o trabajara)
bajo mis órdenes CONSIDERO QUE ME
HA ESTIMADO
48. Al dar órdenes a otros CONSIDERO HACERLO
DE BUENA FORMA

IX.—Actitud hacia los compañeros del trabajo,
y/o escuela

Calif. dos

13. En el trabajo me llevo bien..... ME SIENTO SUPERIOR
TAMBIEN
28. Las personas con quien trabajo son.. NO SON LEGALES
43. Me gustaría trabajar con personas
que SE ASEMEJARAN A MI
58. La gente que trabaja conmigo
generalmente SE CREE SUPERIOR

Calif. uno

13. En el trabajo me llevo bien..... CON MIS COMPAÑE-
ROS, O TRATO POR LO
MENOS
28. Las personas con quien trabajo son.. INCIERTAS
43. Me gustaría trabajar con personas
que MEJORES, BUENAS
PERSONAS
58. La gente que trabaja conmigo
generalmente GENERALMENTE
PIENSA QUE SOY UN
POCO RARO PORQUE
SOY UN POCO SERIO

Calif. cero

13. En el trabajo me llevo bien..... CON MIS COMPAÑE-
ROS Y MAESTROS
28. Las personas con quien trabajo son.. AMIGABLES
43. Me gustaría trabajar con personas
que SEPAN MAS QUE YO
PARA APRENDER DE
ELLAS
58. La gente que trabaja conmigo
generalmente ME TOMA EN UN CON-
CEPTO MUY TRATA-
BLE

AREA DE CONCEPTO DE SI MISMO

X.—Miedos

Calif. dos

7. Sé que es una tontería pero tengo
miedo DE MORIR
22. La mayoría de mis amigos no saben
que yo tengo miedo de PUES NO TENGO MIE-
DO DE NADA MAS QUE
A LA MUERTE
37. Me gustaría perder el miedo NO LO CONOZCO
52. A veces mis temores me impulsan a MATAR

Calif. uno

7. Sé que es una tontería pero tengo
miedo ¿COMO DE QUE SERA?
22. La mayoría de mis amigos no saben
que yo tengo miedo de PUES DE MORIR DE
UN DE REPENTE
37. Me gustaría perder el miedo PUES SI, PERDER EL
MIEDO Y NO FIJARME
YA QUE ESTOY ENFER-
MA
52. A veces mis temores me impulsan a QUE QUISIERA YO NO
HABER TENIDO CRIA-
TURAS PARA ASI NO
TENER NINGUN PEN-
DIENTE

Calif. cero

7. Sé que es una tontería pero tengo
miedo TENGO VALOR
22. La mayoría de mis amigos no saben
que yo tengo miedo de..... PUES YO NO LE TEME-
RIA A NADIE NO DE-
BIENDO NADA

37. Me gustaría perder el miedo SI QUE ME LO PUSO
TRABAJOSO...
¿DE QUE?
52. A veces mis temores me impulsan a MEDITAR

XI.—Sentimiento de culpa

Calif. dos

15. Daría cualquier cosa por olvidar la
vez que yo NO PUEDO
30. Mi peor equivocación fue TRATARLOS MAL
(padres)
45. Cuando era pequeño me sentía
culpable de HABER TRATADO MAL
(padres)
60. La peor cosa que he hecho en
mi vida PENSARLO (pensar que
su madre es guapa y le
gusta. Dice que es "duro"
dominar el pensamiento).

Calif. uno

15. Daría cualquier cosa por olvidar la
vez que yo NO ENTIENDO
30. Mi peor equivocación fue ¿QUE PUDO HABER
SIDO?
45. Cuando era pequeño me sentía
culpable de LO QUE HACIA
60. La peor cosa que he hecho en
mi vida ES DE NO HABER CUI-
DADO EL DINERO

Calif. cero

15. Daría cualquier cosa por olvidar la
vez que yo PUES NADA
30. Mi peor equivocación fue ¿PUES CUAL SERA?

45. Cuando era pequeño me sentía culpable de NADA
60. La peor cosa que he hecho en mi vida NO LE ENCUENTRO

XII.—*Actitud hacia las propias habilidades*

Calif. dos

2. Cuando la suerte está en mi contra TODO SE ME VIENE ENCIMA
17. Creo que tengo habilidad para..... PUES CREO QUE HASTA LAS HABILIDADES PERDI. YA TENGO TIEMPO DE ESTAR ENFERMO
32. Mi mayor debilidad LA ENFERMEDAD
47. Cuando las circunstancias me son adversas ME SIENTO INCAPAZ

Calif. uno

2. Cuando la suerte está en mi contra ME DESESPERO
17. Creo que tengo habilidad para..... LA MECANICA
32. Mi mayor debilidad LAS MUJERES
47. Cuando las circunstancias me son adversas NO DESESPERO, PROCURO SACAR LA MEJOR SOLUCION ACERCA DEL PROBLEMA

Calif. cero

2. Cuando la suerte está en mi contra ME DAN GANAS DE LUCHAR MEJOR
17. Creo que tengo habilidad para..... EL DEPORTE; SIEMPRE ME HA GUSTADO MUCHO JUGAR UN DEPORTE

32. Mi mayor debilidad ES EL JUEGO
47. Cuando las circunstancias me son
adversas SIEMPRE ME GUSTA A
MI RESOLVERLAS CON
MAS CORAJE

XIII.—*Actitud hacia el pasado*

Calif. dos

9. Cuando era niño SUFRI
24. Antes cuando era más joven DESEABA MORIR
39. Si fuera joven (o niño) otra vez.... NO ME VOLVERIA A
CASAR
54. Mi experiencia infantil más vívida.. PENAS, MISERIAS, DO-
LOR EN LA CASA, TRIS-
TEZA EN LA ESCUELA

Calif. uno

9. Cuando era niño FUI POBRE
24. Antes cuando era más joven ERA MAS TONTO
39. Si fuera joven (o niño) otra vez.... SERIA DISTINTO
54. Mi experiencia infantil más vívida.. ES QUE ME ESTABA
AHOGANDO EN UNA
POZA

Calif. cero

9. Cuando era niña ERA TRAVIESA
24. Antes cuando era más joven ERA MAS ALEGRE
39. Si fuera joven (o niña) otra vez... SERIA LO MISMO QUE
SOY
54. Mi experiencia infantil más vívida.. LOS DIAS DE ESCUELA

XIV.—*Actitud hacia el futuro*

Calif. dos

5. El futuro me parece MUY MALO

20. Busco LA FORMA DE RECUPERARME FISICAMENTE Y MORALMENTE
35. Algún día yo DARE POR TERMINADO TODO ESTO
50. Cuando sea más grande de edad.. PIENSO... EN... SER UN ESTORBO PARA LOS MIOS

Calif. uno

5. El futuro me parece REGULAR
20. Busco UNA MEJOR COMPRENSION ENTRE LOS AMIGOS
35. Algún día yo ESPERO UN DIA ESTAR BIEN
50. Cuando sea más grande de edad.. PUES NO, NO SE

Calif. cero

5. El futuro me parece MUY BUENO
20. Busco PROGRESAR
35. Algún día yo PUES YO SERIA IGUAL EN MI TRABAJO Y ASI ME PORTARIA
50. Cuando sea más grande de edad.. BUSCARE LA FORMA DE UN HOGAR MODO A LOS MIOS

XV.—*Metas u objetivos*

Calif. dos

3. Siempre he querido que NO SUFRIR, QUISIERA
18. Sería completamente feliz si NO CREO QUE SERIA COMPLETAMENTE FELIZ EN ESTA VIDA
33. Mi ambición secreta en la vida..... SUPERAR A MI PADRE
49. Lo que más deseo en la vida es..... MORIRME

Calif. uno

3. Siempre he querido que PUES TENER DINERO
18. Sería completamente feliz si MIS PADRES ESTUVIE-
RAN CONMIGO
33. Mi ambición secreta en la vida..... TENER DINERO ¿NO?
49. Lo que más deseo en la vida es..... PODER SER FELIZ

Calif. cero

3. Siempre he querido que TODOS PROGREMOS
18. Sería completamente feliz si SI FUERA CAPAZ PARA
TENER TIEMPO PARA
LEER MUCHO
33. Mi ambición secreta en la vida..... SER PADRE DE
MUCHOS HIJOS
49. Lo que más deseo en la vida es..... UNA PROFESION

EJEMPLOS DE RESPUESTAS HACIA LA ACTITUD ANTE LA
ENFERMEDAD Y ANTE EL HOSPITAL

Paciente masculino hospitalizado

- 1ª Siento que mi enfermedad ES PASAJERA
- 3ª En el piso me llevo bien CON TODOS
- 6ª Mi enfermedad PUES... MUY POCO
LA SIENTO
- 9ª Las personas con quienes tengo que tra-
tar aquí son REGULARES
- 12ª Hoy, que me siento enfermo ESTOY ALEGRE, PERO
NO TRISTE
- 15ª Si no estuviera enfermo SERIA MEJOR
- 18ª Me gustaría que me atendieran personas
que CONOCIDAS
- 21ª Sé que mi enfermedad NO LA TENGO
- 24ª En mi enfermedad mi madre ES MUY BUENA
- 27ª Cuando me enfermé mi padre YA NO VIVIA
- 30ª Cuando supieron que estaba enfermo
mis familiares PUES UN POCO TRIS-
TES. ME DIERON
ANIMOS
- 33ª El hombre ante la enfermedad PUES LA MAYORIA NO
SABE QUE HACER
- 36ª Desde que me enfermé mis amigos HE TENIDO SIEMPRE
MUY POCOS YO
- 39ª La gente que está en este piso conmigo
generalmente BUENA
- 42ª Mi jefe al enfermarme PUES VI QUE DUDO
ALGO DE MI

- 45^a Siento que mi enfermedad me impide NADA
 48^a Sé que estoy enfermo porque NO SE PORQUE
 51^a Antes de venir aquí TRABAJANDO
 54^a Cuando me den de alta VOY A DESCANSAR
 57^a Cuando veo venir a mi doctor SIENTO QUE ESTOY BIEN

Paciente femenina de Consulta Externa

- 1^a Siento que mi enfermedad QUIZA TENGA REMEDIO
 3^a En consulta externa me llevo bien CON EL DOCTOR
 6^a Mi enfermedad MI ENFERMEDAD ES MUY TRISTE
 89^a Las personas con quienes tengo que tratar aquí son MIS FAMILIAS
 12^a Hoy, que me siento enferma ME APURO MUCHO
 15^a Si no estuviera enferma DESEARIA MUCHAS COSAS EN CUESTION DE TENER UNA CASA ARREGLADA
 18^a Me gustaría que me atendieran personas que ME QUIERAN
 21^a Sé que mi enfermedad NO TIENE ALIVIO
 24^a En mi enfermedad, mi madre NO EXISTE
 27^a Cuando me enfermé mi padre NO EXISTIA
 30^a Cuando supieron que estaba enferma mis familiares SE ALARMARON
 33^a La mujer ante la enfermedad ES MUY FRAGIL
 36^a Desde que me enfermé mis amigos ME VEN CON COMPASION
 39^a La gente que está en este Servicio conmigo generalmente ES VOLUBLE
 42 Mi jefe al enfermarme ME ATENDIO

- 45^a Siento que mi enfermedad me impide HACER TRABAJO
- 48^a Sé que estoy enferma porque POR EXCESO DE TRABAJO Y LA VIDA MUY TRISTE
- 51^a Antes de venir aquí ESTABA EN MI CASA
- 54^a Cuando me den de alta "SERE" MUY TRISTE
- 57^a Cuando veo venir a mi doctor ME APENO