

71
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

ANALISIS DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES
Y LA NOCION DE CUERPO QUE SE CREAN EN
LOS PACIENTES CON CRIPTORQUIDIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MONICA BEATRIZ MARTINEZ CANSECO

LOS REYES, IZTACALA

1993



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

I N D I C E

RESUMEN	1
INTRODUCCION	11
CAPITULO I - MARCO TEORICO CONCEPTUAL (ASPECTOS PSICOLOGICOS)	1
CAPITULO II - MARCO TEORICO CONCEPTUAL (PATOLOGIAS MEDICAS, CRIPTORQUIDIA Y LITIASIS)	41
CAPITULO III - METODO	66
CAPITULO IV - RESULTADOS	74
CAPITULO V - ANALISIS Y DISCUSION	95
CAPITULO VI - CONCLUSIONES Y COMENTARIOS	125
OBRAS CITADAS	131
BIBLIOGRAFIA	138
ANEXOS	143

RESUMEN

El presente trabajo de investigación analiza las relaciones interpersonales y la noción de cuerpo que se crean los pacientes con criptorquidia, refiriendonos a esta patología como aquella que atenta contra el estado anatómico exterior del individuo, y comparandola tanto con sujetos con sujetos con litiasis en vías urinarias, tomando en cuenta está última como una patología que atenta de manera orgánica interna en el individuo y también con sujetos considerados sin enfermedad, encontrandose diferencias poco significativas en los tres grupos, con excepción de dos aspectos contemplados dentro del trabajo.

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

La salud, sin lugar a dudas es la premisa más importante bajo la cual actúa el ser humano, éste dirige sus acciones para la preservación de su salud o bien contrarrestar la enfermedad o estados de anomalía en el organismo.

Por lo tanto, al hablar de salud no podemos dejar de relacionarlo con el bienestar psicológico que experimente el ser humano en su vida cotidiana.

Es así como se observan, en las condiciones prácticas de vida, una íntima relación entre el buen desarrollo del sujeto, -refiriéndonos a respuestas conductuales y desarrollo de ideas positivas, etc.- con el bienestar biológico del sujeto.

Así, se puede entender que existen 2 conceptos complementarios al hablar de salud en un individuo, que serían: la salud social y la salud biológica, en donde la salud social, se define como bienestar, y salud biológica como ausencia de enfermedad.

Por esto, este trabajo pretende determinar en forma directa como afecta en su dimensión psicológica a cada sujeto una patología orgánica, se muestra como un quehacer relevante en el sentido estricto de la conducta de los individuos, ya que los estados orgánicos de salud o enfermedad no nos pueden decir por sí mismos el grado de afectación psicológica en la salud de un individuo, y si es precisamente necesario que exista una patología biológica para que existan alteraciones en la dimensión psicológica del sujeto.

El sujeto actúa en su vida cotidiana poniendo en juego diferentes factores según las expectativas que cada uno tenga en cuanto a salud-enfermedad.

De esto se parte para observar, en el presente trabajo, las conductas emitidas por los sujetos que sufren determinados tipos de padecimientos, ya sean orgánicos o funcionales y como pueden alterar directamente la dimensión psicológica de la salud. Se pretende evidenciar cuales son las repercusiones conductuales que tienen cada uno de los padecimientos, ya sea anatómicos u orgánicos y las complicaciones que éstas tienen en la vida social del individuo.

CAPITULO I

MARCO TEORICO CONCEPTUAL (ASPECTOS PSICOLOGICOS)

LA FORMACION DEL AUTOCONCEPTO

IMAGEN CORPORAL

La calidad de las relaciones que los seres humanos establecemos en nuestra vida cotidiana depende de gran medida de la autoconcepción y conocimiento que tengamos de nosotros mismos, derivando de este proceso, seguridad y autoestima, lo cual establece un ciclo; ésto, por lo tanto, produce como resultado interacciones personales positivas o poco conflictivas.

En gran parte, el autoconocimiento se determina de inicio por la imagen esquemática o corporal que cada individuo vaya creando de sí. (Blay, 1991) (1). El cómo se vaya creando esta imagen corporal afecta en la conducción de cada persona en diversas áreas de su vida cotidiana hacia los otros, cada uno va retomando de diferente manera esta experiencia; esto lo dan por sentado diversos autores a través del desarrollo de la vida del individuo. (Lapierre, 1980; Fux, 1989; Blay, 1991). (2) (3) (4).

El cuerpo humano es el órgano intermediario entre el sujeto *por se* y su medio ambiente, su desarrollo se origina en la etapa fetal, este desarrollo del cuerpo desde el punto

de visita inicial tiene sensaciones que registra el feto a partir de la formación de su sistema nervioso, estas sensaciones son las llamadas de tipo fusional, esto es, que en el cuerpo de la madre el producto percibe todo lo que ésta siente, viviendo éste en un estado de indiferenciación total, es parte no separada de la madre. En estas condiciones el yo corporal no puede existir como espacio separado, es imposible que se puedan percibir límites entre el interior y el exterior, entre el yo y el no yo. (Lapierre, A. 1980). (5).

Es en esta etapa cuando el niño no tiene necesidades de tipo social, como son: el rango, el actuar en forma gregaria, etc.; deseos ni frustraciones. Al no tener contacto con el exterior no esperan nada de éste, hayándose pues en un estado de bienestar difuso, de completud. (Lapierre, A. 1980) (6).

Lapierre utiliza el término *fusional* como la conjunción indiferenciada entre las sensaciones que percibe el feto por medio de la madre y la madre por medio del feto y cómo estas sensaciones y lo que el niño percibe al nacer en los primeros meses de vida, dan como resultado el primer acceso a una imagen del yo corporal.

Por lo tanto, dicho lo anterior, "es probable que esas referencias a la globalidad de un cuerpo *fusional*, alternadas con experiencias motrices y táctiles de sus primeros meses, favorecerán tanto, si no más que las imágenes visuales, el acceso a una imagen conjuntada y coherente del yo corporal". (Lapierre, A. 1980, p.25) (7).

Es así como se da una explicación a los inicios de la construcción de la noción corporal, que será tratado desde varias aproximaciones teóricas.

PSICOLOGIA DEL YO; ENFOQUE PSICOANALITICO

Al hablar del cómo se construye la noción corporal, es importante que tomemos en cuenta el enfoque que nos da Erik Erikson (1975) (8), argumenta que en el desarrollo del individuo, la construcción de la imagen corporal se va dando en las diferentes etapas del desarrollo, y como ellas se van señalando son en la forma siguiente:

La etapa oral/sensorial que es la que desde el punto de vista psicoanalítico es el amor hacia sí mismo, toma en

cuenta como área de autoconocimiento la región oral; Erikson menciona que el desarrollo psicosocial es paralelo al psicosexual, la oralidad la toma como el complejo de experiencias situados en la boca, la cual se desarrolla por la relación con la madre, éstas son las primeras experiencias. Esto ocurre en el desarrollo del primer año de vida. Con la etapa que continúa es con la muscular anal, que es cuando el niño aprende a controlar esfínteres y desea hacer y controlar su organismo: ésto se da por la autonomía y es posible que se den estos sentimientos gracias al mecanismo de vergüenza que se comienza a formar en esta etapa, dando como resultado la fuerza de voluntad y bien la autonomía, presentándose entre el segundo y tercer año de vida.

La siguiente etapa ocurre en el desarrollo de nuevas facultades, las cuales entre otras está: correr sin sufrir un peligro grave, desenvolver plenamente sus potencialidades con seguridad al estar al cuidado de la madre, la locomoción es el conocimiento que se le ha dado para sus proyectos y por lo tanto su poder de decisión. Esto se da a la edad en la que el niño empieza a caminar a continuación del anterior, se da la etapa de latencia que es cuando ciertas cualidades apasionadas e imaginativas de la vida disminuyen y por lo tanto se encuentran en libertad para concentrar su

atención y aprender, es cuando más apego se tiene a las instituciones escolares, recreativas, públicas, de servicio y demás, es la etapa donde se tienen más habilidades para el entrenamiento, la enseñanza y la virtud, capacidad y deseo de aprender. El período de latencia es importante para la laboriosidad, como consecuencia se desarrolla el sentimiento de inferioridad al no poder cumplir los requisitos que el individuo mismo o su entorno social le exigen, así como el fracaso al intento por dominar las cosas.

La adolescencia es la etapa cuando la identidad se pone en juego como conflicto relativamente inconsciente, elementos positivos y negativos entre el poder y el no poder. La madurez en el individuo se desarrollará mientras se haga evidente una firme identidad, la inmadurez genital irá debilitando los problemas de identidad. La identidad, según Erikson, se va formando a través de una estructura ideológica que le brinde al sujeto amplias posibilidades de experimentación con el medio ambiente, que da como consecuencia su desarrollo biológico y psicosocial. Entonces, podemos decir que si ocurre una inmadurez genital el individuo tendrá problemas de expectación tanto social como biológica y entonces de identidad. Entendiendo Erikson como identidad a la integración de identificación de autoimágenes positivas y negativas.

En la siguiente etapa que es adulto joven se enfrenta a problemas de las relaciones con los otros, en este período surgen las relaciones íntimas de amistad, el amor, la intimidad sexual y hasta la intimidad con uno mismo. Con la madurez de esta etapa se tiene la capacidad de fusionar la identidad propia con la de otros, sin temor de perder algo propio; al alcanzar la intimidad, se brinda la posibilidad de la convivencia en pareja.

En la etapa adulta, el desarrollo y perfeccionamiento de todo lo que se produce se desarrolla de generación en generación. Según Erikson existen frustraciones implícitas en la limitación de la fecundidad, efectos devastadores de la frustración de las funciones genitales, se siente el individuo de esta etapa con obligaciones hacia los otros que considera más débiles que él, necesita proteger y atender a los otros. Como penúltima y última etapas están la etapa de la madurez y de la vejez, solo en ésta última puede desarrollarse la verdadera sabiduría en los realmente talentosos. Sabiduría, como menciona Erikson, es el compendio de las ocho etapas, renunciar a algunas etapas anteriores como por ejemplo el apego a las instituciones y retomando otras como la identidad que van construyendo a un individuo íntegro. Estas son las ocho etapas de desarrollo.

en el individuo, donde se muestra claramente como es que se va desarrollando la identidad y que mucho tiene que ver con la imagen corporal.

La consideración de esta aproximación a la constitución a la imagen corporal, nos lleva a separar entre dos aspectos que influyen en dicha constitución: 1) posiblemente existe un efecto diferencial entre una disfunción orgánica y una malformación orgánica y; 2) la disfunción orgánica, de esta manera puede tener efectos de mayores consecuencias negativas en la constitución de la imagen corporal. Posiblemente, la preponderancia de los efectos negativos de las disfunciones orgánicas, en relación a las malformaciones, influyen en la capacidad de fusionar la identidad y, por lo tanto, limitan las posibilidades de lograr la intimidad con el otro. La malformación orgánica quizá permita un ajuste ulterior a las condiciones de funcionamiento del individuo con un menor efecto en la constitución de su imagen corporal aunque no así en el esquema del mismo.

Al tomar en cuenta otra de las corrientes que manifiestan la importancia de la imagen corporal, observamos que está la teoría del conocimiento corporal, en la cual María Fux (1989) recalca la importancia en los cambios

físicos que tienen nuestros cuerpos, principalmente en la edad adolescente, ésto con el fin de entender que los cambios físicos que se den en los individuos van a repercutir en la vida cotidiana de cada uno de los sujetos y que es en la etapa adolescente cuando hay más cambios a nivel orgánico-genital que experimentan los individuos.

Por otra parte y retomando lo anterior, en la adolescencia es la etapa donde el individuo está dispuesto a hacer evidente cada una de las sensaciones que el cuerpo puede percibir, es importante conocer el cuerpo lo más ampliamente posible, sin temor a no aceptarnos, para así dar paso a las interacciones con los demás y el conocimiento de los otros y la aceptación de los otros. (Fux, M. 1989) (9).

CORRIENTE LACANIANA; ENFOQUE PSICOANALITICO

Para hacer referencia a la noción corporal tomando en cuenta aspectos netamente psicoanalíticos, contamos con la investigación en el tema Françoise Doltó.

En referencia a la división en cuanto a esquema corporal, éste es lo que constituye al sujeto de manera funcional y la imagen del cuerpo es lo que cada sujeto es capaz de transmitir o de aprehender de sí mismo. En este

segundo término, Doltó (1986) es capaz de detectar imágenes patógenas en un individuo funcionalmente sano pero inconscientemente con lesiones en su imagen corporal.

Doltó afirma que un individuo puede mantener una imagen íntegra de sí mismo sin importar que su estructura corporal esté dañada o alterada, o al revés, que se puede tener una excelente estructura corporal pero el individuo puede contar con problemas de integración del mismo, ésto nos lleva a pensar que según el autor, no importa la estructura real del sujeto, sino que lo importante es cómo viva él su estructura corporal, la asimile para así interrelacionarse con el mundo.

"El esquema corporal, es una realidad, de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias todavía llamadas cenestésicas." (Doltó, F. 1986 p. 18) (10).

Así mismo, afecciones orgánicas pueden acarrear trastornos en el esquema corporal, éstas, en conjunto con la interrupción de las relaciones de lenguaje, tienen como

consecuencia modificaciones pasajeras o definitivas en la imagen del cuerpo.

Dolto hace referencia a la distinción de imagen del cuerpo y esquema corporal si, en principio, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada una, está ligada al sujeto y a su historia.

La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales.

Gracias a nuestra imagen del cuerpo, portada por -y entrelazada con- nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro. La comunicación o evitación de ésta se asienta en gran medida en la imagen del cuerpo.

El esquema corporal refiere el cuerpo actual en el espacio, a la experiencia inmediata, puede ser independiente del lenguaje, el esquema corporal es evolutivo en el tiempo y en el espacio.

"Un niño focomélico, nacido sin miembros inferiores o superiores, posee un esquema corporal lisiado. No obstante, su imagen del cuerpo puede ser completamente sana y permitir

un lenguaje de comunicaciones interhumanas tan completas y satisfactorias para él como las de un individuo no lisiado." (Doltó, F. 1986, p. 19). (11).

La imagen del cuerpo se van construyendo en forma dinámica a través del desarrollo del individuo, tomando ésta tres modalidades; la imagen de base, la imagen funcional y la imagen erógena, constituyendo todas ellas la imagen del cuerpo.

Doltó menciona que la imagen de base es la imagen que se forma a partir del nacimiento del sujeto; la imagen funcional es la imagen dinámica, es la que el sujeto maneja para el cumplimiento de su deseo. Es la mediación entre una demanda localizada dentro del esquema corporal y el lugar erógeno donde se hace cumplir; imagen erógena es la imagen donde se focalizan placer y displacer eróticos en la relación con el otro, tiene valor simbólico en un placer compartido y humanizante. Estas tres imágenes en conjunto dan una imagen dinámica que corresponde al deseo del ser.

Doltó, al retomar estos dos tipos de clasificación mediante imagen corporal y esquema corporal, hace mención a la actividad que tiene que desarrollar el sujeto para poder construir su imagen corporal, la cual requiere del

desarrollo del individuo mediante la interrelación con los otros.

Según lo mencionado anteriormente, cada una de las etapas por la que pasa el individuo son importantes para la construcción del yo corporal, este concepto aunque cambiante nos va proporcionando elementos para poder dar pauta a las nociones de autoestima ya que la forma como introyectamos esta relación de uno con uno mismo, y las capacidades o potencialidades que podamos desarrollar por vía del cuerpo, van a ejercer más seguridad y confianza a las actividades que se emprendan y, por lo tanto, darán como resultado una alta autoestima.

Si comenzamos a hablar de la imagen corporal es porque, con base en como se estructure ésta, es como se puede dar una explicación un tanto válida, aunque simplista de como es que se va estructurando la autoestima, planteándose este término como otro de los elementos que constituyen la noción de cuerpo que cada individuo tiene, se tiene la autoestima como un reflejo de la noción corporal, pero para la autoestima, no solamente interviene la imagen corporal en su construcción, sino que abarca otros factores para poder tener una autoestima lo mejor elevada y sólida posible.

Por lo tanto, al hablar de autoestima, nos estamos refiriendo a otra forma de estructurar la imagen corporal o al producto relacionado con la estructura corporal en este caso desde el aspecto teórico del humanismo y como se entrelazan las posturas teóricas para conjuntar explicaciones sobre el comportamiento de los individuos.

ENFOQUE HUMANISTA: LA AUTOESTIMA Y LA NOCION CORPORAL

AUTOESTIMA

La autoestima podemos considerar que, en gran medida, se forma en relación a la noción de cuerpo; así, este puede o resulta ser altamente influyente para la autoestima que es capaz de elaborar cada individuo y lo que se reconoce como autoestima según diferentes autores, es:

El resultado del autoconocimiento, autoconcepto, autoevaluación, autoaceptación y autorrespeto; mientras mejor una persona se conozca o esté consciente de sus cambios crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, se acepta y respeta, tendrá autoestima. Caso contrario, si una persona no se conoce, tiene generalmente un concepto pobre de sí mismo, no se acepta o respeta,

entonces será una persona carente de autoestima. (Rodríguez, M. 1988) (12).

En este sentido, cuando los individuos poseen una noción de su propia imagen corporal de acuerdo a los estándares de conformación biológica de la población de referencia, su autoestima encontrará un punto más de autovaloración positiva que incrementará su autoaceptación y autorrespeto.

También, la autoestima se manifiesta como actitudes favorables que el individuo tiene hacia sí mismo, vertiéndose en cogniciones y sentimientos que postulan cuatro tipos de variables como importantes en la determinación de la autoestima: valores, éxitos, aspiraciones y defensas. (Coopersmith, S. 1967) (13).

Otro concepto es que la autoestima es un sentimiento de valor personal, una ennoblecedora emoción de respeto por sí mismo: una consciencia divina de dignidad personal. Es la fe, la creencia sincera en nosotros mismos, es lo que los griegos llamaban reverencia por el yo. Esto se da como resultado de autodescubrimiento, la autodisciplina, la autoaceptación y la capacidad de perdonarnos. Produce

confianza en nosotros y seguridad interior. (Schuller, D. 1980) (14).

Otra definición más sencilla es la de Newcomb (1950), que menciona que "la autoestima es el individuo tal como es percibido por ese mismo individuo en un marco de referencias determinado socialmente." (15). Lo cual podría entenderse como que mientras el individuo se perciba a sí mismo, como un apéndice funcional en donde los marcos de funcionalidad los proponga el medio social en que se desenvuelve, entonces el sujeto podrá concretarse a sí mismo como un ser valioso para sí y los demás.

O bien, la confianza que surge cuando uno se considera a sí mismo una persona valiosa. (Coon, D. 1986) (16).

Pero quizá la definición más completa y aceptable es la de Branden (1988) (17) quién nos dice que la autoestima es una experiencia íntima, la cual reside en el núcleo de nuestro ser. Tiene dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valor personal. En otras palabras, para dicho autor la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno se hace acerca de su habilidad para enfrentar los desafíos de su vida (para comprender y superar

sus problemas) y acerca de su derecho de ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades).

Al retomar el sentimiento de capacidad personal, podemos hacer evidente que es una actitud netamente conductual, como menciona Delgado (1969) (18), el individuo no sólo reconoce y realiza valores sino que él mismo es valioso y tiene consciencia de serlo, la equidad ideal de la estima de sí mismo requiere el reconocimiento tanto del valor propio como de los autovalores ajenos; requiere asimismo, el reconocimiento del mundo de valores en general y de la evidencia de que las posibilidades de éste son infinitas y las de su propia persona relativamente limitadas (Delgado, 1969) (19).

Para que se de el reconocimiento del mundo y de los valores ajenos, es necesario que el individuo interactue con los otros, que se brinden las experiencias necesarias para que cada uno vaya formando, con base en su propia actividad, su noción de sí mismo ante el mundo.

Si tomamos como experiencia el desarrollo de la personalidad, capacidades y consciencia de un individuo y a su vez la energía que produce en determinados estados, entonces la capacidad de experimentar de cada individuo es

importante en forma determinada, ya que propician los marcos bajo los cuales es capaz cada individuo de conducirse y a su vez de limitarse en comparación con los otros. (Blay, 1991) (20).

Cuando el sujeto se plantea únicamente como espectador, negándose él mismo la posibilidad de experimentar, en su mente se van registrando imágenes del mundo, la imagen que tiene de éste se va cargando de energía y vive de la energía de los otros, de la energía de los que le rodean; es incapaz de vivir cualquier tipo de experiencias en primera persona. (Blay, 1991) (21).

Lo anterior, da como resultado que el mundo para el individuo tenga más fuerza que la imagen propia, el valor que se ve en los demás tiene más fuerza que el propio valor. Así el sujeto siempre se sentirá disminuido en relación con los demás, siempre creará que los demás son más importantes, más fuertes, más reales, porque habrá desarrollado más la energía en el sector de la mente que registra que en el mundo objetivo de los otros; manteniéndose al margen de toda experiencia enriquecedora para su vida, colocándose en el lado de los observadores, impidiéndose él mismo la oportunidad de actuar y acrecentar su autoestima por medio de sus actos y capacidades.

La energía es lo que nos da conciencia de la realidad, de seguridad; no hay una gran cantidad de energía disponible para el yo personal. Cuando el individuo dispone de energía se siente fuerte y seguro, cuanta más energía sienta disponible en sí, más sólido, fuerte y seguro se sentirá; si el sujeto dispone de poca energía, no solo se sentirá más débil sino inferior a los demás. (Blay, 1991) (22).

Esta imagen se va formando poco a poco mediante las experiencias individuales, si la persona tiene experiencias o situaciones felices con los demás, el sujeto se hace una imagen-idea de sí positiva, armonizada con el mundo. Sintoniza armónicamente con el mundo y el mundo sintoniza armónicamente con él. Pero ante experiencias negativas, - desengaños, rechazos, fracasos- el individuo se siente negado por el mundo, disminuido. La necesidad que tiene de felicidad y de plenitud, al chocar con la negación o el fracaso, obliga entonces a desear, a querer, a pensar, a imaginar una felicidad. Esto se hace a través de la mente y así se va formando una idea, una imagen idealizada de sí mismo, que el mismo fabrica. (Blay, A. 1991) (23).

Es así como la experiencia y la relación con los demás permiten la autoestima y nociones de identidad. Maslow,

(1990) (24) aplica un término llamado *humanidad plena* donde menciona que se debe partir de una base de identidad, del verdadero yo, reconocer a éste como el conocimiento de nuestra capacidad y vulnerabilidad, forma de relacionarnos con los otros y demás. Una parte muy importante es estar consciente de lo que no es biológica, temperamental y constitucionalmente como miembro de la especie, así como de nuestras capacidades, de deseos y necesidades que nos van diciendo aquello para lo cual uno sirve y van señalando el destino de cada uno de los individuos.

Esto nos conduce al concepto de autorrealización, el cual viene encaminado a satisfacer las metas que cada uno de los individuos se va proponiendo, éstas son externas y en su mayoría encaminadas en el trabajo hacia los demás y que es algo que aman y en lo cual se involucran plenamente, algunos dedican su vida al derecho, la justicia, la verdad, la perfección, la belleza, etc.; dedican su búsqueda a los llamados valores del ser que les permiten sentirse plenamente identificados consigo mismo y con la actividad que realizan como extensión de sí.

El primer paso que se debe de dar hacia la perfección es el ser sinceros con uno mismo, lo cual implica responsabilidad hacia cada una de las decisiones que somos

capaces de tomar, asumir la responsabilidad que cada una de éstas implica, para que haya una gran realización del yo, las cuales garantizan así elecciones para una vida mejor y por lo tanto para la búsqueda de los valores en cada uno de nosotros.

Si bien es importante conocernos a nosotros mismo, y responsabilizarnos de nuestras decisiones, cabe también aclarar que las interacciones sociales y los valores bajo los cuales se rige la comuna son relevantes, más no determinantes para la realización del ser.

Otra parte trascendente del autoconocimiento, definido éste como la capacidad de asimilar en nosotros determinadas potencialidades, o bien defectos o carencias que nos caracterizan, es la autoaceptación, lo cual nos indica que tanto se funden la realidad del *es* y el *deber ser*, lo cual muestra que tanto se acercan a la imagen idealizada que tenemos de nosotros mismos. Aquí, un dato importante son los problemas a los que conduce la idealización de nuestro propio ser con la realidad antagónica que tenemos de este fenómeno, lo que conduce a problemas graves de autoaceptación. (Maslow, 1990) (25)

Esto conduce a la comparación del propio individuo con otros en un marco social, proyectándose posibilidades de que existan carencias en cuestión de potencialidades o posibilidades de acción, lo cual puede minusvalorar al individuo generando algún tipo de conflicto o bien aceptarse tal cual, sin riesgos de enfrentar ningún tipo de conflicto.

"Esta es otra forma de decir que el ideal que uno tiene de sí mismo, la percepción real del yo, se acercan de tal manera que permiten el auto-respeto y, por lo tanto, el autoamor." (Maslow, A. 1990) (26).

Así, una persona con una autoestima alta, vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor; siente que es importante, tiene confianza de su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y en que ellas mismas significan su mejor recurso. Al apreciar debidamente su propio valer, está dispuesto a aquilatar y respetar el valor de los demás; por ello solicita ayuda, irradia confianza y esperanza, y se acepta totalmente a sí mismo como ser humano. (Rodríguez, M. 1988) (27).

La importancia de una autoestima alta reside en que es la base de nuestra capacidad para responder de manera activa

y positiva a las oportunidades que se nos presenta en el trabajo, en el amor y en la diversión. Es también la base de esa serenidad de espíritu que hace posible disfrutar de la vida. (Branden, N. 1988) (28).

Por el lado contrario, a lo que se refiere a tener una estima elevada, se encuentran las personas que padecen sentimientos de ineptitud, inseguridad, dudas sobre sí mismo, culpas y miedo a participar plenamente en la vida - una sensación de que "lo que soy no es suficiente"- . No siempre éstos sentimientos se reconocen y admiten fácilmente, pero están ahí. (Branden, N. 1988) (29).

Los sentimientos de inseguridad e inferioridad que sufren las personas de autoestima baja las llevan a sentir envidia y celos de lo que otros poseen, lo que difícilmente acepta manifestándose con actitudes de tristeza, depresión, renuncia y aparente abnegación o bien con actitudes de ansiedad, miedo, agresión y rencor, sembrando así el sufrimiento, separando a los individuos, dividiendo parejas, familias, grupos sociales y aún naciones. (Rodríguez, M. 1988) (30)

Esto es factible que se dé cimentado en que se construyó un esquema de pensamiento en base a las

posibilidades y potencialidades, con las cuales se reconoce cada individuo, estas se puntualizan de manera social, estableciendo comparaciones que dan como resultado una alta o baja autoestima.

Lo anterior nos dice que una persona con autoestima deficiente, va a tener como resultado mala calidad de sus relaciones interpersonales por la carencia de capacidad de inserción con el medio y dominio de éste.

Cuando se habla de una relación interpersonal, es indispensable tomar en cuenta, aparte de otros factores, el cómo esté constituida la imagen corporal y la autoestima para así poder hacer una leve predicción de como es que este sujeto lleva a cabo sus relaciones interpersonales, es importante aclarar que se tomará en cuenta como otro enfoque explicativo de la concepción de la imagen corporal, ya que con base en los dos puntos anteriores estudiados, podemos definir que es evidente que se entrelazan unos con otros y que únicamente por fines de estudio es que se van separando rubro por rubro, lo cual nos hace pensar que si hay una buena imagen corporal, habrá una buena autoestima, y así una buena relación interpersonal.

Al hablar de relaciones interpersonales, se hace con el fin del insertar el autoconcepto dentro del marco teórico conductual, partiendo de que, mientras el individuo se encuentre o se sienta íntegro en cuanto a éste, sus relaciones personales serán satisfactorias, tanto para él como para los otros con quienes se relaciona.

**ENFOQUE CONDUCTUAL; EL AUTOCONCEPTO Y SUS EFECTOS
EN LA CONDUCTA**

RELACION INTERPERSONAL

Al hablar de noción de cuerpo y de autoestima, no podemos dejar de mencionar que para que cada una de éstas se dé en forma positiva es necesario tomar en cuenta el tipo de relación que se lleva con los demás y como es que ésta relación influye para que se dé un mejor concepto de noción corporal como de autoestima.

Además de la necesidad natural de intercambio tanto social y de las necesidades ineludibles de la convivencia, la relación humana es un medio extraordinario de expansión y enriquecimiento, de autoexpresión creativa y de servicio.

La relación humana debería ser para nosotros una fuente de satisfacción constante, de bienestar y de plenitud. Es un hecho frecuente el que la relación humana se convierta en fuente de preocupaciones, de disgustos, de conflictos.

Recapacitar para ver que no va en la relación humana es lo verdaderamente importante, ya que no basta con decir que lo que no va son los demás. En realidad, si hay algo que no embona, es nuestro modo de vivir la relación; porque si queremos cambiar algo, esperamos que sean los demás los que cambien más vale no esperarlo. Si existe alguna posibilidad de cambiar algo, será en lo que nosotros podamos cambiar. (Blay, A. 1991) (31).

Las relaciones humanas por lo general se van desarrollando con base en el sentimiento que tengamos hacia nosotros mismos y cómo este sentimiento funciona como moderador en las relaciones con los demás.

Es difícil separar la autoestima de lo que son las relaciones humanas ya que la conducta que cada individuo tenga hacia los demás será el resultado de la forma en que cada individuo se conciba a sí mismo, como se describa y que estrategias y parámetros de comparación utilice. Esto es, que cada individuo va a propiciar su conducta con base en el

autoconcepto que tenga de sí, y cómo es que éste, le va a permitir identificar o no las capacidades que tiene sobre el medio.

Cuando cada uno de los individuos se acepta como es, se reconoce y respeta a sí mismo, poco a poco va a ir aceptando a los demás, propiciando ésto situaciones de relación espontanea, trasparente y honesta, y así relaciones íntimas, cálidas, tiernas y amorosas con los otros y de vivir intensamente cada momento debido a que cree en sí mismo. De las definiciones anteriormente recopiladas, no podemos dejar de advertir que la autoestima no se construye separada de las relaciones interpersonales y de la noción del cuerpo que se establezca consigo mismo y con los otros; la autoestima es un elemento que se va formando en conjunto con los otros elementos anteriores y que se van realizando modificaciones en forma mutua, mientras que los tres elementos estén en un individuo congruentemente positiva, el individuo carecerá de oportunidades para que su conducción se de en forma negativa, hacia sí mismo y hacia los demás.

Es por esto, que el cómo esté constituido el cuerpo humano biológicamente será el primer eslabón y tal vez el más importante, para afectar el autoconcepto, la autoestima y de ahí las relaciones interpersonales.

Es así como se puede estudiar la forma en cómo se conducen cada uno de los sujetos por medio de un constructo teórico de la teoría del comportamiento llamado locus de causalidad el cual como lo menciona Rotter (1966) (32) está encausado a un aspecto de respuestas de dominación interna y externa; ésto se da por un análisis de la estructura de causalidad lógica llamado locus interno y externo, esto es importante, ya que dicho concepto tiene relación con la autoestima y autoconcepto y, por medio de éste se afecta la forma de relación interpersonal del individuo.

- 10.- Las causas internas son fluctuantes y otras relativamente constantes, por ejemplo, habilidad, o más apropiado aptitud, esto es percibido como una capacidad constante, en contraste con otros factores causales que incluyen esfuerzo y humor, son percibidos más bien como variables cambiando de momento a momento y de período a período.

- 20.- Entre las causas externas se aplica el mismo razonamiento, aunque las causas van dominadas relativamente por el contexto relacionado con la actividad.

3o.- La tercera razón de causalidad fue entonces establecida con los mismos razonamientos deductivos para la dimensión de esta habilidad. Reconocer que el humor, la fatiga y el esfuerzo temporal, por ejemplo; son causas internas e inestables. Hasta ahora esto es distinguible en el esfuerzo, es de lo que se vale el control de la voluntad.

Rotter (1966) (33) menciona que la identificación de estas propiedades, ahora llamadas *controllability*, ilustran y resuelven algunos productos o resultados mientras se replantean otras dificultades.

Entre los tópicos más brillantes, está la distinción de Rotter entre percepción interna y externa de control de reforzamiento.

Para Rotter, las expectativas están determinadas por el porcentaje de reforzamientos de una respuesta particular a una escena particular, el porcentaje de reforzamientos de esta respuesta en situaciones similares y diferencias individuales en la creencia de que los reforzamientos están bajo control personal.

Según las investigaciones del autor las personas que poseen alguna inhabilidad o incapacidad física poseen un locus de causalidad con expectativas más negativas que las personas aparentemente sanas, de ahí que se pueda pensar que es de esta manera, que como está constituido el cuerpo humano biológicamente será el primer eslabón y tal vez el más importante para afectar el autoconcepto y de ahí las relaciones interpersonales. Bajo esto, se puede pensar que el tipo de autoinstrucciones que maneja cada individuo respecto a sus potencialidades va a inhibirlo o desinhibirlo en base a su acción, que el cómo se sienta cada persona ante una determinada situación, es obligado en gran parte por el autoconocimiento, pero a su vez también, por la serie de autoinstrucciones y experiencias positivas o negativas que ha venido teniendo a lo largo de su desarrollo como persona que tiene la capacidad de elegir cada uno de sus actos, y las consecuencias positivas o negativas que ha logrado tener al tomar cada una de estas decisiones.

Así mismo, los factores biológicos, resultan ser factores disposicionales importantes para que, en conjunto con locus de causalidad, se incremente o decremente la posibilidad de llevar a cabo una relación interpersonal de buena calidad.

Lo mencionado anteriormente lo podemos relacionar en forma directa con el nivel de respuestas positivas o esperadas socialmente, como una buena conducta hacia los demás y consigo mismo. Asimismo, podemos subrayar que este tipo de respuestas asertivas son o pueden ser reforzadas por toda una serie de mecanismos conductuales que se van propiciando en el desarrollo de toda la vida del individuo.

El rubro de asertividad, se tomará en cuenta también como la forma conductual de respuesta de los individuos, como en el apartado anterior, es un indicador de la buena estructuración de la imagen corporal, ya que por medio de respuestas asertivas, las cuales se pueden condicionar en ciertos individuos que tengan determinadas características de noción corporal ya establecidas, y por lo tanto características bien específicas en cuanto a autoestima y estilo de relación interpersonal.

Así, también es importante tomar en cuenta a la asertividad, como el producto de aprendizajes en aspectos de respuestas conductuales que se han ido dando en el desarrollo del individuo y cómo este aprendizaje va a repercutir o a limitar las relaciones interpersonales.

El aprendizaje se va a ir estructurando con base en cómo se haya concebido el individuo a sí mismo y las posibilidades que éste ve de inserción con el medio ambiente y de desarrollo con los otros.

ENFOQUE CONDUCTUAL: EL AUTOCONCEPTO Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES

ASERTIVIDAD

Como anteriormente se menciona, en la relación interpersonal intervienen una serie de factores los cuales dan la oportunidad de que se desarrolle ésta en forma muy positiva, (tal es el caso de la autoestima y noción de cuerpo) pero no podemos descartar lo que es la conducta asertiva en la relación interpersonal debido a que es la parte más fina de afrontar las demandas de la misma y que proyecta más cercanamente la autoestima y autoconcepto.

La conducta asertiva como lo definía Rimm (1990) (34) es la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos tanto positivos como negativos, aunque la mejor tendencia es que se expresen los sentimientos positivos.

Por lo general, se hace mención de que el comportamiento asertivo conduce al individuo a llevar un sentimiento de bienestar, inhibiendo a su vez la ansiedad, provocándose así un mejor acercamiento hacia los demás.

Es importante que, para que se de el comportamiento asertivo, el sujeto cuente con una buena estructura en cuanto autoestima, es decir que se sienta capaz de realizar metas o expectativas que tenga a plazo mediano o inmediato y que al actuar conozca los riesgos de él mismo pero que a su vez los enfrente, que elija y en la elección misma tome en consideración los alcances que tiene para sí mismo y los demás. En esto es importante lo que se llamaría en el sujeto un locus de *causalidad* y cuando lo logra se le considera positivo.

Es evidente que las conductas anteriormente mencionadas no se dan como procesos inmediatos de conducta, sino que requieren del desarrollo individual y temprano para la adquisición de autoestima y por lo tanto formarse un marco teórico de respuestas asertivas.

May (1983) en: Bednar (1989) (35) le da especial importancia al trabajo asertivo para establecer la autonomía de la autoestima, el trabajo asertivo que el autor menciona,

consiste en dejar que el individuo practique solo cada una de las respuestas que el tenga que dar ante determinadas situaciones sin recibir influencias de los demás, este proceso se puede dar a nivel terapéutico inmediato o bien es un proceso que se lleva en todo lo largo de la vida del sujeto y que pueda ir directamente relacionado desde su estructura familiar, estructura del medio ambiente, hasta las condiciones individuales en como responde al medio o bien su estructura corporal u orgánica que le permiten u obligan a actuar de diversas formas.

Así, nosotros podemos observar que mientras mejor esté estructurada la autoestima del sujeto, más posibilidades tendrá para realizar o dar una mejor respuesta asertiva, ya que este tipo de respuesta la ha aprendido a dar desde muy temprana edad y acompañado de una historia de reforzadores positivos.

Así bien, podemos decir que en la medida que un individuo se defina como igual a los demás, con los mismos derechos y establezca así un locus de control interno, será capaz de expresarse asertivamente. (Seligman, 1975) (36).

ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

La constitución biológica de cada individuo influye para que éste se de autoinstrucciones o mantenga determinado tipo de comisiones a partir de las cuales se conduce y actúa hacia los demás recurriendo a parámetros conductuales comunes siguiendo líneas de valores, aprendizajes, hábitos y experiencias que están determinadas por la vida social y que, a su vez, son catalogadas como la normalidad o conductas deseables.

La noción de integridad biológica que cada individuo tenga de sí mismo interviene para la asimilación o la introyección de elementos tan importantes como autoestima y autoconcepto, que repercuten ampliamente en lo que es la percepción con la realidad y así estableciendo una calidad de vida consigo mismo y con los demás que le permiten niveles de dignidad, confianza, respeto, en caso de una buena constitución o autoconcepto que tenga de sí mismo una persona o, en caso contrario a esto, formar otro tipo de relaciones basadas en la desconfianza, inseguridad y por lo tanto el desgaste de la buena calidad de vida que se puede establecer con los demás.

Así, podemos decir que las personas que se perciben con alguna enfermedad, se ven disminuidos en cuanto a sus posibilidades, sus funciones, por lo cual se perciben diferentes a los demás, manteniendo un bajo locus de control, estableciendo esto como consecuencia de la desestructura que perciben en ese momento.

Para dejar bien claro ésto, a continuación se mencionarán algunos efectos que tienen enfermedades como tortícolis (dolor o reumatismo en los músculos del cuello), en el concepto de cuerpo y por lo tanto en el estado de ánimo, donde se realizó un estudio longitudinal con 67 pacientes hombres de 53 años de edad promedio donde se medía la depresión y concepto que desarrollaban este tipo de pacientes durante el tratamiento con inyecciones y fisioterapia, de los cuales, mientras mejoraban su movimiento del cuello y su tratamiento clínico, disminuían sus niveles de depresión y mejoraban su concepto de cuerpo, comparado con la línea base planteada los dos años anteriores al tratamiento. (Jahanshahi, M. 1990) (37).

Otros de los estudios que analizan la imagen corporal, es el que se realiza con adolescentes australianos, con edades entre los 11 y los 18 años, estudio que se realizó con 341 mujeres y 221 hombres, con los cuales se estudió la

satisfacción corporal que produce el estar o ser delgado y como resultados se obtuvo que había más insatisfacción de la constitución de sus cuerpos con las chicas que con los chicos, observando estas más posibilidades de cambio y con este más probabilidad de satisfacción que ellos, ya que ellos se quedan conformes consigo mismos y con poco interés de cambiar. (Paxton, S. 1991) (38).

Entre los estudios que se encuentran en mayor cantidad realizados y analizados sobre noción de cuerpo, son los estudios de displasia mamaria o mastectomía, que entre otros rubros analizan el grado de satisfacción sexual, relaciones familiares y patología psiquiátrica que generan este tipo de pacientes, comparativamente con el llamado grupo control (Maguirre, P. 1978) (39).

En Cuba, se han encontrado altos niveles de depresión neurótica o reactiva, comparativamente con el grupo control; ya varios autores han afirmado que el cáncer de mamas por ejemplo, agrede a la paciente en el concepto de la figura corporal y su relación con la sexualidad. (Maguirre, P. 1978) (40).

Así también, se observa en otro estudio realizado en pacientes con cáncer testicular cómo afecta éste en sus

relaciones maritales, donde entrevistaron a 34 pacientes y sus parejas 4 años después de haber pasado el tratamiento. En general se encontraron diversos cambios en la comunicación, apoyo conyugal, satisfacción marital, donde ambos miembros de la pareja actuaban positivamente para facilitar la dinámica matrimonial. Sin embargo algunas parejas demostraron deterioro en su relación de manera permanente, con base en los estados de ánimo de sus cónyuges, sin embargo, la mayoría de las parejas estudiadas encontraron una relación más estrecha. (Gritz, E. 1990) (41).

Con base en estos estudios recientes, encontramos que se investiga la patología y los niveles de personalidad y cómo es que está relacionado con la integridad y la noción de cuerpo. Comparando los casos de patología médica entre género masculino y género femenino: en los hombres observamos que los cambios físicos no son de conflictiva física, como en el caso de las mujeres que son mastectomizadas y que pueden llegar a tener alteraciones familiares y de pareja.

Por lo tanto, es importante como Antonio Blay (1991) (42) hace mención, que el cuerpo es algo que pasa, se transforma y que el ser es el que le está dando vida a ese

cuerpo; el cual sirve como instrumento físico para toda expresión en el nivel material, pero que, cada uno de nosotros no somos el cuerpo.

Cuando enferma, no es el ser el que está enfermo, tomando en cuenta como ser, aquellas estructuras cognitivas, valores, marcos de conducta, etc. bajo los cuales se rige cada sujetos sino es el cuerpo, el cuerpo como la estructura biológica tangible, que permite se den las estructuras del ser, no obstante, en ese caso todo se siente como si fuéramos menos nosotros mismos a causa de esta identificación. Cuando la persona logra desidentificarse, desprenderse de esta noción de que él es el cuerpo y puede sentirse a sí mismo aparte del cuerpo, -aunque dentro del cuerpo- entonces las enfermedades se manejan mucho mejor y la salud se recupera mucho mejor y la salud se recupera mucho más rápidamente. Pero al estar confundidos con el cuerpo, cuando éste está mal, nosotros creemos ser menos y entonces la mente y la efectividad se crispan sobre el malestar o la deficiencia y esta crispación no hace más que fijar, prolongar o agravar la dolencia física. (Blay, A.1991)(43) En otros términos, en forma indirecta, el individuo se encuentra con una disminución en la capacidad para controlar su ambiente y por lo tanto conductas de retroalimentación con éste, y forma directa porque el sujeto

está en contacto libre con el agente patógeno (virus, accidentes, etc.) y en forma indirecta porque pueden producir o no patología, lo cual no es necesario (mala alimentación, mal ejercicio físico, automedicación, etc.).

Podemos observar que influyen muchos factores conductualmente hablando para que se de la pérdida de salud, o bien el continuo de ésta, por lo tanto es importante saber que no nada más es en el sentido biológico la salud, sino también en la dimensión psicológica de ésta es relevante, para ello, hemos observado que si bien la enfermedad biológica atenta contra todo estado de bienestar en el individuo, e importante considerar como éste, va a agravar, modificar sus somatizaciones o bien entrar en un proceso de sanación dependiendo de sus actitudes, conductas interacciones con los demás e ideas sobre sí mismo, que le permitan entrar en este tipo de procesos. Esto también se da teniendo un modelo biológico y social en cuanto patrones que dan marcos de referencia, estableciéndose así marcos de salud y del ser.

Ahora bien, si nosotros tomamos en cuenta diversos estudios que se han hecho en cuanto a distintas patologías, podemos observar que se ha estudiado en mayor medida a la mujer y que en el hombre se encuentran menos estudios

referentes a personalidad, estilo de vida, costumbres o cambios que se efectúan en este al tener algún tipo de patología biológica.

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

(PATOLOGIAS MEDICAS, CRIPTORQUIDIA Y LITIASIS)

CRIPTORQUIDIA

En sí, la enfermedad que se estudia en este trabajo es la enfermedad llamada criptorquidia, la cual en su sentido natural, significa testículos escondidos. Esto se da cuando los testículos no han descendido hasta las bolsas escrotales, localización postnatal normal, dado que en el punto original donde se desarrollan los testículos es la región abdominal, puede detenerse a cualquier nivel a lo largo de su trayectoria normal, o bien desviarse colocándolos en una situación ectópica.

CUADRO CLINICO

Al hablar de los testículos es importante tener en consideración varios factores que afectan en su físico externo al paciente con criptorquidia:

Número: La ausencia congénita de ambos testículos en el escroto, se caracteriza porque éste está vacío, liso, despigmentado, faltando la capacidad de contracción del dartos frente al frío. El pene es pequeño y la próstata no palpable. La excreción urinaria de gonadotropinas es alta y la testosterona mínima. La anomalía unilateral es más

frecuente y en ella no se observan anormalidades en los caracteres sexuales.

Situación: El testículo puede ser retenido o ectopico. En ambos casos faltan en las bolsas, que aparecen vacías con el escroto hipoplásico. Puede confundirse con la anorquia bilateral si basa únicamente en este dato.

Testículo en ascensor: si el escroto muestra un despliegue normal es muy probable que se trate de un testículo descendido, pero que retrocede al conducto inguinal por contracción del músculo cremaster. La palpación cuidadosa y una tracción suave sobre la región del anillo inguinal interno en dirección al escroto, permitirán la mayor parte de las veces hacer descender el testículo a la bolsa escrotal; entonces podrá observarse como luego el testículo vuelve a ascender lentamente a su antigua posición; recordemos que el calor suele favorecer en estos casos el descenso; de ahí la utilidad de recurrir a un baño caliente.

Testículo deslizante: Puede palparse en el tramo inferior del conducto inguinal y llevarse incluso hasta el escroto, venciendo una ligera resistencia; pero asciende rápidamente a su posición inicial en cuanto se suelta; el

desarrollo primario del testículo es bueno, pero la brevedad del cordón espermático a veces, o la existencia de adherencias en el anillo inguinal externo otras, impiden el descenso completo, no cabe esperar por tanto un descenso espontáneo. (44).

MECANISMOS DEL DESCENSO TESTICULAR

Se han propuesto varios mecanismos para explicar teóricamente el descenso testicular entre los cuales encontramos:

- 1) Tracción del testículo por parte del gubernáculum y/o músculo cremáster.
- 2) Crecimiento diferencial de la pared corporal en relación a un gubernáculum relativamente inmóvil.
- 3) Presión intraabdominal que impulsa al testículo a través del conducto inguinal que está ocupado por el gubernáculum dilatado.

- 4) Desarrollo y maduración del epidídimo como factores responsables de la migración testicular.

Todos los mecanismos mencionados anteriormente son teorías que no se pueden comprobar en un 100 por ciento, pero si tienen mucho que ver en el papel del proceso del descenso testicular, aunque más bien son factores endócrinos los que propician el descenso testicular hacia el interior de escroto.

De la necesaria presencia de gonadotropinas y andrógenos para que se de el descenso testicular, se desprende que las anormalidades del eje hipotalámico-hipofisiario-testicular, traerán como consecuencia una criptorquidia en este caso en su mayoría con tendencia bilateral. Por defecto de la producción de gonadotropina, en la síntesis de andrógenos o la acción androgénica, es posible observar criptorquidia esta puede ser la forma como se manifiestan algunos otros síndromes los cuales interfieren directamente con la producción de gonadotropinas, así como en la anencefalia o en las anomalías en el desarrollo de la glándula hipófisis, tales como la hipoplasia o la aplasia, la ausencia del descenso testicular es un rasgo muy común.

También en trastornos de la síntesis o de la acción de los andrógenos, así como es la hipospadia perineoescrotal pseudovaginales, condición en la cual existe una ausencia de enzima 5-alfa reductasa que convierte a la testosterona en dihidrotestosterona, es común observar criptorquidia.

CLASIFICACION DE LA CRIPTORQUIDIA

En base a su localización, los testículos no descendidos pueden ser clasificados como: 1) Abdominales, localizados en el interior del anillo inguinal interno; 2) Canaliculares, localizados entre los anillos inguinales interno y externo; 3) Ectópicos, localizados lejos de la trayectoria normal de descenso entre la cavidad abdominal y el interior del escroto y, 4) Retráctiles, con testículos totalmente descendidos que se movilizan libremente entre el interior del escroto y la ingle, en donde ingresan al saco inguinal superficial de Denis Browne. Este saco inguinal en realidad representa una bolsa subcutánea tapizada por tejido fibroso delgado situado por delante y por fuera del anillo inguinal externo.

Los testículos intraabdominales son, por definición, imposibles de palpar. Muy frecuentemente los testículos están localizados a nivel del anillo inguinal interno, y en

el momento de la exploración, una leve presión abdominal puede determinar que el testículo se deslice en el interior del conducto inguinal.

Los testículos canaliculares se encuentran más descendidos que los testículos intraabdominales. Pueden estar localizados en el interior del conducto inguinal o en la salida del canal en la parte superior del escroto. Cuando el testículo está ubicado en el conducto inguinal, la tensión de la aponeurosis del músculo oblicuo externo puede constituir una barrera para la palpación del testículo en esta zona.

En raras ocasiones el testículo puede alejarse de su trayectoria normal entre la cavidad abdominal y el fondo del escroto y estar localizado en una posición ectópica. Existen 5 sitios principales de ectopia testicular: el peroné, el conducto femoral, el saco inguinal superficial, el área suprapúbica y el compartimento escrotal opuesto. Se cree que la ectopia testicular estaría directamente relacionada con el desarrollo del gubernáculum. Se sabe que el gubernáculum se divide en 5 ramas, las cuales se dirigen, cada una de ellas, a las 5 áreas antes mencionada. El área escrotal normalmente contiene la mayor parte del gubernáculum y los testículos siguen esa trayectoria durante el descenso. Se ha

postulado que cuando una de las 4 ramas representa la mayor porción del gubernáculum, los testículos se alejarían de su trayectoria normal para adoptar una posición ectópica. La localización ectópica más frecuente es a nivel del saco inguinal superficial, por arriba del aponeurosis del oblicuo mayor. La ectopia testicular transversal representa la forma más rara de todas las condiciones ectópicas, pero también debe ser tomada en cuenta en todo paciente con un hemiescrotó vacío y una masa adicional en el hemiescrotó contralateral.

El factor aislado que con mayor frecuencia conduce a un diagnóstico incorrecto de ausencia de descenso testicular es la retracción testicular. Esta retracción es el resultado de la actividad espontánea o provocada del músculo cremaster. Se observa con mayor frecuencia en los varones prepúberes de 5 a 6 años de edad.

Esta retracción de los testículos normales hacia la parte superior del escrotó o hacia el saco inguinal superficial durante la infancia parece mostrar un reflejo protector. No sabe con certeza porque este reflejo desaparece durante la pubertad por lo tanto es fundamental determinar y registrar en la historia clínica de lactante, si los testículos pueden palparse en el interior del escrotó.

en el momento del nacimiento o en el curso del primer año de vida. Con el objeto de diferenciar un testículo retráctil de una criptorquidia verdadera que puede ser necesario efectuar más de una consulta médica.

Si un testículo no puede palparse será intracanalicular, intraabdominal o estará ausente. El diagnóstico de anorquia bilateral siempre debe ser considerado en los casos de testículos no palpables bilaterales. Frecuentemente se llevan cabo pruebas de estimulación con Gonadotropina Coriónica Humana (HGC) con el fin de diferenciar entre una anorquia bilateral y una ausencia de descenso testicular bilateral. La administración de 2000 UI de HGC por día durante 3 días puede permitir la diferenciación entre una anorquia bilateral y una criptorquidia bilateral. En la anorquia bilateral, los niveles basales de gonadotropinas son extremadamente elevados y no se observa una respuesta de la testosterona a la HGC exógeno.

La ausencia de palpación testicular unilateral presenta un problema diagnóstico particular. Es necesario verificar la presencia del testículo y administrar una terapéutica adecuada para inducir su descenso y convertirlo en palpable o para llevar a cabo su extirpación.

TRATAMIENTO

Las razones esgrimidas para corregir a los testículos no descendidos son las siguientes: 1) La presencia de un defecto obvio y visible tanto para los padres como para el paciente es permanentemente eliminada; 2) Ciertas tendencias psicopatológicas que se manifiestan inicialmente alrededor de los 5 años de edad, cuando el niño ingresa en la escuela puede ser prevenida o revertida; 3) El testículo no descendido está propenso a la degeneración maligna y por lo tanto es aconsejable colocar el testículo en un sitio en el cual pueda ser fácilmente palpado; 4) El grado de fertilidad disminuye. Dado que las perspectivas de fertilidad en los pacientes con criptorquidia bilateral es extremadamente desfavorable, es necesario llevar a cabo todos los esfuerzos posibles para salvar ambos o uno de los testículos y colocarlos en el interior del escroto. La colocación de los testículos en el escroto debe ser llevada a cabo lo más pronto posible. Durante la infancia en el varón con criptorquidia unilateral es necesario intentar enérgicamente llevar el testículo retenido hacia el escroto dado que registros recientes indican que la fertilidad también puede ser mejorada en esos pacientes. La tendencia actual consiste en intentar la salvación de todos los testículos en la medida de lo posible y colocarlos en una posición en la cual

sean fácilmente palpables. Si ésto no es posible se lleva a cabo la orquiectomía. La orquiectomía también es reservada para el paciente postpuberal tardío y para aquellos pacientes con ciertos estados intersexuales en quienes el testículo es disgenético y propenso a la degeneración maligna.

Existen 2 modalidades de terapéutica disponibles para colocar el testículo no descendido en el escroto: Hormonal y quirúrgica. El método seleccionado depende de la patogenia de la criptorquidia en cada caso individual. Aunque el momento óptimo para intentar llevar el testículo retenido al interior del escroto es discutible, de acuerdo con los datos relativos a las alteraciones de los tubos seminíferos alrededor de los 2 años de edad y con la observación de que un testículo no descendido al año de edad probablemente permanecerá retenido, parecería conveniente efectuar un tratamiento lo más temprano posible, preferentemente durante el segundo año de vida o antes de él. (45) (46).

Si psicológicamente se toma esto en cuenta para el desarrollo de la personalidad de cada uno de los sujetos, podremos observar que en este caso una orquiectomía por criptorquidia, podría ser equivalente a una mastectomía en el género femenino, ya que atenta el tratamiento

postpuberal, de criptorquidia directamente con el estado físico del sujeto.

Al tomar en cuenta este tipo de patología para estudio, nos damos cuenta de que a este problema se le ha estudiado únicamente en el aspecto de patología médica y que en general, al género masculino, se le ha estudiado relativamente poco en cuanto al aspecto psicológico que en sí mismo tiene la patología médica, o los alcances de la afectación psicológica que tiene en los individuos adolescentes y adultos que padecen ésta; culturalmente nos damos cuenta de que el género masculino está desatendido en el aspecto médico-psicológico, y que realmente son de relevancia en el contexto de relaciones humanas.

En cuanto a efectos psicológicos de la criptorquidia, no solamente podemos encontrar deterioro en las relaciones anteriormente mencionadas sino que también es en lo que se vislumbra en áreas del funcionamiento del individuo que son más afectadas, tales como: la familia, el trabajo, la pareja, etc. y cómo en estos ámbitos deseables socialmente son: la constitución de una familia y ser padre biológicamente hablando, se toma no solo como la capacidad de poder criar o mantener una familia, sino que también es la demostración a los demás de nuestra capacidad o buen

funcionamiento de su órgano reproductor, demostrando que son muy "hombres", aunado a ésto, con la relación de pareja y las expectativas que la parte femenina pueda tener en relación al número de hijos que quiera, también es así como se brinda parte de la aceptación de los demás y parte de la seguridad, el percibir o el saber que estamos haciendo lo debido o lo correcto mediante el reforzador social que los demás nos brindan.

Es así que observamos como la criptorquidia pudiera tener diferentes efectos que influyan en el aspecto psicosocial del individuo, basándose en lo que éste percibe de él mismo, comparativamente con lo que observa como el modelo ideal de masculinidad establecido culturalmente. Otro factor importante son: las burlas, chistes o alburas que se propician en cuanto a los individuos que no accedan al modelo de masculinidad. Ahora bien, para definir, o poder determinar que la criptorquidia *per se* tiene efectos psicológicos especiales en la autoestima y conducción con los demás es necesario tomar otro tipo de patología, en donde no se atenta contra el exterior físico del hombre, sino que sea un padecimiento biológico que únicamente ataque el interior de la estructura biológica del individuo, por tal motivo se ha tomado en cuenta para este trabajo, la enfermedad de litiasis en vías urinarias como grupo control,

ya que en la litiasis, únicamente hay disfunción orgánica y no se modifica la estructura corporal externa del individuo.

LITIASIS EN VIAS URINARIAS

La litiasis en vías urinarias es uno de los padecimientos más comunes el aparato urinario, se encuentran más frecuentemente en hombres que en mujeres y por lo general se tiene predisposición familiar para desarrollar ésta.

Si un cálculo no es obstructivo, es probable que no ocasione daño o síntoma, cuando obstruye las vías urinarias ocasiona síntomas graves o daño renal.

Cuando un enfermo tiene un cálculo no obstructivo, es importante que se investigue la causa de éste, ya que, puede formar más tarde un cálculo que ocasione obstrucción.

Los cálculos ureterales se originan en el riñón, varias causas son las que contribuyen a que el cálculo se coloque en el uréter y a lo largo de él.

Los cálculos ureterales rara vez son completamente obstructivos: generalmente son espiculados, lo que permite

que la orina fluya alrededor de ellos. Un cálculo en ocasiones puede permanecer alojado por mucho tiempo en el uréter sin dañar el riñón. Sin embargo, habitualmente, hay obstrucción parcial, lo que ocasiona dilatación del uréter y de la pelvis renal cercana al cálculo. Si el cálculo es expulsado después de unos días es probable que no se encuentre evidencia de lesión renal, si el cálculo es definitivamente obstructivo y si se le deja permanecer por semanas o meses, puede producir daño irreparable al parénquima renal.

Un cálculo puede ser detenido en los puntos más estrechos del uréter. Si la estásis urinaria se complica con infección se produce aún mayor lesión renal.

Entre los tipos de cálculos comúnmente más encontrados, tenemos a los que se forman de ácido úrico, cistina, estruvita y calcio, formándose por las leyes de precipitación en la orina. Cuando un gran número de moléculas de las sustancias antes mencionadas se encuentran presentes, la concentración de moléculas, la falta de solubilidad de éstas, un pH dado, y una temperatura de 37 grados centígrados, propiciarán en forma probable la formación de cristales.

SINTOMAS

Generalmente el dolor comienza bruscamente y se hace intenso en cuestión de minutos. Hay 2 tipos de dolor: el dolor intenso, de tipo cólico y el dolor más bien constante en el área costovertebral y en el flanco.

La irradiación del dolor en ocasiones sugiere la posición del cálculo. Si el cálculo se encuentra en las porciones altas del uréter, el cólico puede irradiarse al testículo. Conforme el cálculo se acerca a la vejiga, el dolor puede propagarse al escroto. Esto se debe a la nervación común de estos órganos y a la porción inferior del uréter. A veces el dolor se instala de modo más lento y puede sentirse más anteriormente. En ocasiones puede ser bastante ligero, en cuyo caso el diagnóstico puede no ser obvio al principio.

Comúnmente se asocian a un cálculo en el uréter, síntomas gastrointestinales. Casi siempre ocurren náuseas y vómitos y puede presentar distensión abdominal debida a íleo paralítico. Estos síntomas son tan intensos que el dolor renal y ureteral pueden quedar oscurecidos y hacer que se confunda con una lesión intraperitoneal.

Aproximadamente en la tercera parte de los casos se observa hematuria macroscópica y hasta pueden expulsarse pequeños coágulos.

Aún en ausencia de infección pueden desarrollarse síntomas de urgencia y poliaquiuria, cuando el cálculo se acerca a la vejiga.

La obstrucción ureteral puede exacerbar una infección renal existente, pudiendo notarse escalofríos y fiebre con aumento del dolor región lumbar.

No es común que un cálculo se complique con infección aguda, a menos que ésta se introduzca por el paso de instrumentos. Si esto ocurre, es de esperarse que existan escalofríos, fiebre y sepsis.

SIGNOS

Los signos físicos de litiasis urinaria sintomática son característicos. El primero es que casi siempre se mueven nerviosamente y no pueden hallar alivio en ninguna posición. Se sientan, se ponen de pie, caminan, se recuestan y vuelven a incorporarse efectuando movimientos continuos destinados a anular la causa del dolor. La fiebre se observa

raramente, a menos que exista una infección urinaria concomitante. La frecuencia del pulso puede estar elevada por el dolor y la agitación y la presión sanguínea a veces es superior a la normal en una paciente que antes del episodio mostraba una presión normal; es frecuente la respiración esterosa, sobre todo en el momento de dolor máximo, y puede ser similar a la observada en pacientes con trastornos respiratorios.

El examen del abdomen en general revela una hiperestesia profunda moderada cuando se palpa la zona suprayacente al cálculo. Además, el riñón puede mostrar una sensibilidad de moderada a intensa, especialmente cuando se palpa o se percute la zona lumbar posterior.

Si el cálculo se encuentra en las porciones altas del uréter, el testículo ipsilateral puede ser hipersensible y puede estar retraído. Si el cálculo se encuentra en las porciones bajas, la piel del escroto puede mostrar hiperestesia. A veces un cálculo ureteral yuxtavesical intramural puede ser palpado por vía vaginal.

TRATAMIENTO

Medidas específicas: Aproximadamente, 80% de los cálculos que llegan al uréter pueden pasar espontáneamente y se les debe permitir siempre que lo haga, mientras no se desarrollen complicaciones. Los antiespasmódicos pueden ser útiles. Se debe recomendar la actividad física y mantener adecuada ingestión de líquidos para aumentar el peristaltismo ureteral. Un cálculo suficientemente pequeño para pasar a lo largo del uréter no tendrá dificultad en atravesar la uretra.

La manipulación cistoscópica, litotripsia electrohidráulica y ultrasónica, por ondas de choque extracorporea o la intervención quirúrgica (ureterolitotomía) son necesarias si el cálculo es demasiado grande para pasar espontáneamente. Cálculos con un diámetro hasta de 0.5 cm. y algunos aún hasta de 1 cm. pueden pasar sin que se requiera intervención quirúrgica o cistoscópica. El comienzo de una infección puede requerir la extirpación del agente obstructivo, antes que se pueda controlar la sepsis. Si los urogramas excretorios periódicos muestran hidronefrosis progresiva, o si el dolor continúa siendo intenso e incapacitante, está indicada la extirpación del cálculo.

La mayoría de los pacientes con litiasis requiere un tratamiento rápido para clamar el dolor. En su mayoría experimentan un alivio del dolor después de la inyección intramuscular del 50 a 100 mg. de meperidina o de 10 a 15 mg. de morfina, según el tamaño corporal y la intensidad del dolor. El amplio empleo de narcóticos trae como resultado el fingimiento de los síntomas por algunos de estos pacientes.

La hospitalización puede ser necesaria en pacientes con trastornos gastrointestinales de tal magnitud que impidan la retención de alimentos o líquidos. Además estos pacientes pueden debilitarse secundarias molestias generadas por la urolitiasis.

Se debe forzar a la administración de líquidos en pacientes con cálculos urinarios, ya sea por vía oral o intravenosa.

Algunos autores han aconsejado el uso de antiespasmódicos o antiinflamatorios en el tratamientos de la urolitiasis. En particular se ha recomendado el tratamiento con aminofilina o indometacina, antes de emplear estos fármacos es necesario llevar a cabo un estudio controlado a

largo plazo para establecer su verdadera eficacia terapéutica.

Los pacientes con urolitiasis no requieren intervención quirúrgica ni hospitalización y pueden ser seguidos como pacientes externos cuando el dolor es soportable y no hay datos de sepsis. (47) (48)

En cuanto a la revisión bibliográfica ya expuesta, se observa que el paciente con criptorquidia padece de un mal descenso testicular, por lo tanto, cuando son pacientes postpuberales, el tratamiento médico a seguir, consiste en la orquiectomía, ya que el o los testículos no descendidos, corren el riesgo de malignizarse o causar un daño mayor para el individuo, esta enfermedad evidentemente atenta contra la imagen corporal del ser humano, debido a la carencia de testículos en las bolsas escrotales.

En lo que se refiere a pacientes con litiasis en vías urinarias, el individuo forma cálculos que pueden o llegan a obstruir dichas vías, este padecimiento tiene como síntomas: dolor, náuseas, vómito, y distensión abdominal así como hematuria microscópica y expulsión de pequeños coágulos.

Este tipo de pacientes, durante el padecimiento les interrumpe la calma al estar en una posición durante tiempos prolongados, no encontrando alivio en ninguna de estas. Unicamente cuando el cálculo es muy grande es recomendable la intervención quirúrgica, por lo general se induce a la abundante administración de líquidos, así como antiespasmódicos o antiinflamatorios, la manipulación cistoscópica o litotripsia electrónica,

En estos pacientes la enfermedad no atenta aparentemente contra la imagen corporal externa del individuo, más sin embargo existen disfunciones orgánicas.

JUSTIFICACION

Es así como, al tomar en cuenta estos dos tipos de patología, podemos hacer evidente que en muchas ocasiones, por la cultura que vivimos, la sensación de dignidad o autoestima dependerán en gran medida del concepto que cada persona tenga de salud y cómo esa persona encaja en el concepto que tiene de éste o bien de sus capacidades, conductas o posibilidades de hacer las cosas incluso en el ejercicio o manifestación de su sexualidad.

Analizar el comportamiento de los pacientes con trastornos anatómicos y con trastornos orgánico-funcionales, podemos pensar que su conceptualización de la enfermedad es diferente, según la forma en que afecte a cada uno de los pacientes para interrelacionarse con el medio circundante.

Esto es que, al delimitar en forma específica áreas de exclusión según la patología que padezca el sujeto, se van a ver modificados aspectos como asertividad, noción de cuerpo, relaciones interpersonales y de pareja.

Así pues, es común detectar que, cuando un paciente es diagnosticado por el médico ya sea un padecimiento anatómico o funcional, el paciente, en cualquier caso, tiende a modificar, en detrimento de sí mismo, tanto su relación con el medio, como su autoconcepto.

Según lo que menciona Rodín (1989) (49); el impacto de una enfermedad, puede repercutir en la disminución del amor propio, siempre y cuando esta enfermedad sea grave incapacitante o visible para los demás.

Aspectos importantes durante toda la vida, son el aspecto corporal y el funcionamiento del organismo.

Asimismo, Rodín menciona (Ibid) que los trastornos de la imagen corporal suelen producir sentimientos de debilidad o insuficiencia personal y las enfermedades de tipo biológico tienden a agravar también los conflictos relacionados con la dependencia y la hostilidad.

Por otra parte, es evidente que se le ha dado menor importancia a los aspectos masculinos en cuanto a trastornos anatómicos, a diferencia de la mujer en donde, por ejemplo, la pérdida de una glándula mamaria llega a ser importante de sobremanera ya que el aspecto estético exterior de la mujer tiene mucho que ver en el juego intersexual, mientras que en el hombre no se ha estudiado si llegan a tener la misma importancia en cuanto al aspecto intersexual del sujeto masculino.

Es por eso que en el presente trabajo se toman en cuenta dos tipos de padecimiento, el funcional (litiasis en vías urinarias) y en anatómico (criptorquidia), así como un grupo control que nos va a permitir analizar los alcances de las diferentes enfermedades, partiendo de la base de que el grupo control, son sujetos sin enfermedad orgánica o anatómica, lo cual indicaría que llevan una vida con menos problemas o más aceptable en cuestión de noción de cuerpo, autoestima, autoconcepto, relaciones interpersonales y de

pareja; tratando de observar cual es en realidad el alcance en cuanto a deterioro psicológico de los pacientes con enfermedad biológica para así tomar en cuenta la noción corporal, asertividad, relaciones interpersonales y relación con la pareja, con base a lo establecido como parámetros comunes o "normales" tomando en cuenta al grupo sin enfermedad.

OBJETIVO

Determinar el efecto que tiene la criptorquidia, (considerado como trastorno anatómico) en individuos varones que la padecen, en cuanto a sus relaciones interpersonales y de pareja, así como los efectos en su noción de cuerpo y cuáles son los efectos en su autoconcepto, tanto en adolescentes como en adultos; ésto, en comparación con la litiasis en vías urinarias (tomado en cuenta como trastorno orgánico-funcional) y en sujetos sin enfermedad (tomado en cuenta como sanos).

HIPOTESIS

Para cubrir el objetivo se parte de las hipótesis siguientes:

Ho.- Los pacientes con criptorquidia (trastorno anatómico), litiasis (trastorno orgánico) y sujetos sin enfermedad (sanos), carecen de diferencias en su noción de cuerpo, autoestima, autoconcepto, así como en sus relaciones interpersonales y de pareja.

Hi.- Los pacientes con criptorquidia (trastorno anatómico), litiasis (trastorno orgánico) y sujetos sin enfermedad (sanos) tienen diferencias en su noción de cuerpo, autoestima, autoconcepto, así como en sus relaciones interpersonales y de pareja.

CAPITULO III

METODO

METODO**SUJETOS**

10 hombres con criptorquidia unilateral en que se haya realizado la orquiectomía y que se encontrarán en edad de 18 años en adelante, con estatus socioeconómico con perspecciones mensuales de dos a cuatro salarios mínimos considerado como medio (pacientes de archivo).

10 hombres con litiasis en vías urinarias que se encontraron en edad de 18 años en adelante con estatus socioeconómico considerado como medio y que, en ese momento, estuvieran recibiendo tratamiento médico por su enfermedad de litiasis en vías urinarias (pacientes de consulta externa).

10 hombres sin enfermedad o padecimiento alguno aparente en que en la actualidad que no hayan asistido al médico 6 meses atrás, con edad de 18 años en adelante, con estatus socioeconómico considerado como medio y nivel educativo promedio similar al del grupo con criptorquidia, que no hayan tendio criptorquidia en la infancia y les hayan descendido el o los testículos por vía quirúrgica.

CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION

Inclusión: Pacientes cuyo nivel educativo y socioeconómico en los grupos con litiasis y sin enfermedad sea semejante a la muestra de pacientes con criptorquidia según se dispuso de ellos en el hospital (promedio secundaria y nivel socioeconómico medio), pacientes con criptorquidia que no estén recibiendo tratamiento médico por alguna otra enfermedad, pacientes con litiasis que tengan tratamiento médico por vía de consulta externa y que no tengan criptorquidia.

Exclusión: Pacientes con criptorquidia, litiasis en vías urinarias o sin enfermedad, que tengan alguna otra anomalía congénita que afecte directamente a su imagen corporal. Por ejemplo, síndrome de Down, parálisis cerebral, otros. Pacientes que no hayan recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico. Pacientes con criptorquidia, litiasis en vías urinarias o sin enfermedad, que les sea detectado cáncer en ese momento o alguna otra enfermedad terminal y acudan a tratamiento del mismo; sujetos considerados sin enfermedad que en la historia clínica del mismo se detecte criptorquidia en la etapa infantil y haya sido descendido el testículo por cualquier vía.

MATERIAL

Hojas, lápices, test de asertividad, test Machover, test MMPI, guía de entrevista.

SITUACION EXPERIMENTAL

Se realizó en cubículo exprofeso para consulta de tipo psicológica, con mobiliario, ventilación e iluminación.

VARIABLES

Variable independiente: Pacientes con criptorquidia, litiasis en vías urinarias y sujetos sin enfermedad.

Variable dependiente: Puntajes y resultados obtenidos en cada una de las pruebas aplicadas.

En la prueba MMPI, resultados obtenidos en los aspectos de hipocondriasis, depresión, histeria, personalidad psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, obsesivo-compulsivo, esquizofrenia, manía, interacción social.

En el inventario de asertividad, expresión de sentimientos negativos, expresión de opiniones, defensa de

derechos, evitación de conflictos, sentimiento de justicia, agresividad, rechazo de demandas, miedo a la crítica, habilidades físicas en la relación interpersonal, autoaceptación.

En el test Machover, observación con base en los puntajes estandarizados de la estructura de la imagen corporal de cada uno de los grupos.

Entrevista en donde se detectan datos como: el concepto que cada individuo tiene de salud y como es el proceso salud-enfermedad se va generando en cada quién a partir de sus cogniciones (preguntas de la 1 a la 5), hábitos alimenticios y adicciones (preguntas de la 6 a la 14), horas de sueño, medicación, realización de ejercicio, nivel de escolaridad, constelación familiar y actividad durante el tiempo libre (preguntas de la 15 a la 27), historia clínica, familiar y proceso salud-enfermedad ante el actual padecimiento (preguntas de la 28 a la 61), modificaciones en adicciones ante la aparición de la enfermedad (preguntas de la 62 a la 64), cambio en la relación con el género femenino y la pareja (preguntas de la 65 a la 71), vida sexual activa -con pareja- (pregunta de la 72 a la 83), vida sexual pasiva -sin pareja-(preguntas de la 86 a la 93), imagen ideal de vida, hombre y sexualidad (preguntas de la 94 a la 101),

autoestima (preguntas de la 102 a la 106), calidad de las relaciones interpersonales (preguntas de la 107 a la 114), valoración de su relación de pareja (preguntas de la 115 a la 118)

DISEÑO

Comparación entre grupos. Para que se llevara a cabo el análisis de nuestro objetivo, fue necesario contar con 3 grupos en donde las variables sean los padecimientos de cada uno de los grupos, pacientes con criptorquidia (grupo experimental), y en otro, pacientes que tengan litiasis en vías urinarias (grupo control), ya que es un padecimiento en donde no tiene que ver con el aparato genital masculino en forma exterior.

Y por último el grupo donde fueron sujetos que no tenían enfermedad o patología fisiológica aparente y que no asistieron al médico 6 meses atrás (grupo control). En este grupo se parte de la premisa de que al no tener algún tipo de enfermedad el sujeto desarrolla actividades en su vida cotidiana que le permiten brindar mayor calidad en lo que realice y estar más a gusto consigo mismo en cualquier condición, ya que se parte de la base que cuenta con salud

biológica, consigna importante para realizar casi cualquier cosa que el individuo se proponga.

Por otra parte, estos sujetos carecen de un calificativo de *pacientes*, para los pacientes la enfermedad significa la pérdida de su integridad corporal, de la certidumbre y de la libertad para actuar en las formas que desea. A su vez, cuando el enfermo percibe su enfermedad como grave, experimenta una alteración de su existencia en la que se hacen explícitos sus valores personales. En el individuo se ponen de manifiesto con la enfermedad los principios y valores que dan sentido a su vida y en ese momento los llega a recapacitar. Asimismo la atención médica genera en el individuo un rol de *paciente* o *comportamiento del paciente* que llega a jugarse, como producto de la atención directa que brinda el médico y el tratamiento que ha diseñado para que éste lo lleve a cabo.

PROCEDIMIENTO

Como primer encuentro con el paciente, se realizó una entrevista (ver anexo formato de entrevista). En esta entrevista se procuró detectar cómo estaba constituida la noción de cuerpo en cada uno de los sujetos de los 3 grupos, así también cómo es que éstas influyen en sus relaciones

interpersonales de pareja y los sentimientos que están asociados a la autoestima y el autoconcepto.

Se procuró analizar en los 3 grupos cómo es que está constituido el autoconcepto, la autoestima, sus relaciones interpersonales, obteniendo características específicas de cada grupo, según cada una de las variables.

Posteriormente, se aplicó un conjunto de pruebas a los tres grupos, en la misma secuencia de tiempo, inventario de asertividad, MMPI y Machover.

Se aplicó en inventario de asertividad en donde se codificaron las respuestas para obtener el grado de desarrollo asertivo que tiene con los demás.

Se continuó con el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI), a los 3 grupos del diseño, para observar y analizar si la criptorquidia es un factor determinante para desarrollar algún tipo de psicopatología y las consecuencias que se pudieron derivar de éstas.

Por último, se aplicó el test de la figura humana, Machover, para analizar la estructura corporal que han constituido cada uno de los tres grupos del diseño, e

intentar determinar como es que las variables orgánicas afectan el establecimiento integral de su noción de cuerpo completamente estructurada.

CAPITULO IV

R E S U L T A D O S

RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados en forma desglosada de la presente investigación; en un primer bloque encontraremos los resultados del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), continuando con el inventario de asertividad, después los resultados de la entrevista y finalizando con lo obtenido en la prueba de figura humana Machover.

Resultados MMPI

En la tabla uno se presentan los puntajes promedio de cada uno de los aspectos que contiene el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología en cada uno de los grupos del estudio (Ver anexo -tabla 1-).

En esta tabla podemos observar que en los aspectos de hipocondriasis, histeria, personalidad psicopática, obsesivo-compulsivo, manía e interacción social, los grupos obtienen un puntaje homogéneo, dando los tres grupos puntajes aceptados dentro de la curva promedio, lo cual quiere decir que no existen diferencias significativas entre grupos.

En los siguientes aspectos depresión (5.3787), masculinidad-feminidad (6.4497) y esquizofrenia (9.5303), se observa que existen diferencias significativas de los puntajes entre grupos, y aunque existan diferencias, dichos puntajes no llegan a marcar una psicopatología en ninguno de los tres grupos lo cual indica que, según la estandarización del test MMPI, conservan los 3 grupos características conductuales consideradas como no psicopatológicas.

En paranoia no se encuentran diferencias significativas entre grupos, pero se puede observar que en el grupo con criptorquidia, el puntaje promedio se eleva considerablemente del puntaje medio de estandarización de la prueba MMPI. También podemos observar que la mayoría de los puntajes altos los obtiene el grupo con criptorquidia y los puntajes bajos los obtiene el grupo sin enfermedad.

Resultados inventario de asertividad

A continuación se presentan los puntajes promedio de cada uno de los aspectos del inventario de asertividad aplicado a los grupos anteriores (Ver anexo -tabla 2-).

En los resultados de la aplicación del inventario de asertividad no se encontraron diferencias significativas

en ningún aspecto y podemos observar que las respuestas en todos los grupos y en todos los aspectos se encuentran con puntajes homogéneos.

Podemos observar que en los aspectos de expresión de opiniones, evitación de conflictos, rechazo de demandas, habilidades físicas en la relación interpersonal y autoaceptación los grupos con litiasis y criptorquidia mantienen un puntaje menor que los sujetos del grupo sin enfermedad. Asimismo, como mantienen un puntaje más elevado en el aspecto de agresividad, defensa de derechos y expresión de sentimientos negativos.

Se observa también que el grupo de personas sin enfermedad, tiene puntajes elevados en sentimientos de justicia y miedo a la crítica.

Resultados obtenidos en la entrevista

Primeramente se expondrán los resultados obtenidos en la entrevista en preguntas de tipo anecdótico o de conceptualización de cada sujeto, los cuales se darán con base en los conceptos que se tienen en promedio en forma grupal.

En cuanto al concepto de salud, los 3 grupos coinciden en que es el de estado de bienestar que tiene

el sujeto de tipo biológico, aunque las definiciones más científicas las aportaron los sujetos catalogados como sanos, mencionando que: salud es el estado íntegro del sujeto considerado éste como un ser biopsicosocial.

En cuanto al concepto de enfermedad, los sujetos de los 3 grupos coinciden en que es la pérdida del estado de bienestar que tenían o bien alguna modificación que altere las actividades cotidianas del sujeto refiriéndose al dolor, así como a cambios en el estado de ánimo. Nuevamente se obtuvo que los sujetos sin enfermedad son los que se caracterizan por emitir los conceptos más enfocados al marco científico, mencionando que: enfermedad es la pérdida del estado íntegro y de equilibrio del sujeto considerado este como un ser biopsicosocial.

En cuanto a los hábitos alimenticios, observamos que los 3 grupos tienen hábitos alimenticios semejantes, realizando las 3 comidas al día y por diversas circunstancias los tres grupos tienen el hábito de comer entre comidas, en cuanto al balance nutricional, es semejante en los 3 grupos, mencionando que llevan una alimentación con carne, verduras, frutas, leche, huevos y ocasionalmente pescado.

En lo que se refiere a los grupos que realizan ejercicio físico, encontramos que los que realizan ejercicio es en promedio de 1 a 3 veces a la semana y el tipo de ejercicio es el football y basquetball, algunos sujetos del grupo sin enfermedad realizan natación.

En cuanto a la pregunta de que piensan acerca de su condición, encontramos que los sujetos con litiasis ven a su enfermedad como incapacitante, así como es un estado normal de la misma enfermedad, estando a disgusto con su condición actual. Los sujetos con criptorquidia están conformes con su condición, pero no consideran prudente que la gente se entere de la misma, comentan ellos mismos que lo mejor es estar como están actualmente.

En cuanto a que si hacen algo por ocultar su condición, la gente con litiasis indica que no pueden ocultar su condición de enfermos ante el padecimiento que los aqueja, ya que los incapacita para continuar su vida en forma cotidiana y es inevitable que la comunidad se entere del padecimiento que tienen. Mientras que los sujetos con criptorquidia mencionan que no hacen nada por ocultar su condición, pero a su vez, tampoco comentan de lo que es su padecimiento a las personas que ellos saben que desconocen de su enfermedad.

En cuanto a la pregunta de que le gustaría cambiar de su vida sexual, los sujetos con criptorquidia mencionan algunos que lo que les gustaría cambiar sería a su pareja, mientras que los sujetos que tienen litiasis mencionan que lo que les gustaría cambiar sería su situación de pareja, referente a comunicación, modificación de su enfermedad para la satisfacción completa de su vida sexual.

En cuanto a la conceptualización de como tiene que ser un hombre para llevar a cabo una vida sexual satisfactoria, los sujetos con criptorquidia mencionan que lo importante es que exista comprensión por ambas partes de la pareja, mientras que los sujetos con litiasis mencionan que para llevar a cabo una relación sexual en las mejores condiciones tiene que existir cariño por ambas partes así como salud física para poder satisfacerse y satisfacer a la pareja, los sujetos sin enfermedad consideran que para que se lleve a cabo una relación sexual óptima para él y su pareja, es importante que ambos procuren el placer de si mismos y del otro, que procuren ambas partes tener una buena relación en cuanto a comunicación, otro de los aspectos que toman en cuenta algunos de los sujetos de este último grupo ha sido la apariencia física por ambas partes de la pareja como requisito para lograr una relación sexual satisfactoria.

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

A continuación, se darán los resultados de la entrevista, mostrando cada aspecto y las respuestas obtenidas en los 3 grupos; sin enfermedad, criptorquidia y litiasis.

La figura 1 (ver anexo) muestra el rango de edades de los sujetos y el grupo al que pertenecen según su edad, podemos observar que en total existe un rango de 18 a 47 años, el sujeto más chico de la muestra pertenece al grupo de litiasis y el más grande pertenece al grupo de criptorquidia obteniendo una moda de 22 años de edad.

En la figura número 2 se observa que en el grupo de gente sin enfermedad existe predominio por el estado civil de solteros 90%; en el segundo grupo, pacientes con litiasis, se observa un equilibrio entre personas solteras y casadas 50% y 50%, y en el tercer grupo predominan los casados 60%.

En la figura número 3 se observa el nivel académico según el grupo sin enfermedad, predominando la licenciatura en un 100%, secundaria 50% en el grupo con criptorquidia y bachillerato 40% en el grupo con litiasis.

En la figura 4 se observa que el grupo con criptorquidia en su mayoría no consume tabaco 60%, el

grupo con litiasis tiene un consumo moderado en su mayoría 40% y el grupo de las personas sin enfermedad están equilibrados entre el consumo de moderado a mucho en su mayoría 40% y 40%.

En cuanto a alcoholismo se observa, en su mayoría en todos los grupos, un consumo moderado, aunque el mayor número de sujetos (90%), se ubica en los sujetos sin enfermedad. (figura 5).

También se muestran las horas de sueño que tiene cada uno de los grupos, observándose menos horas de sueño en personas sin enfermedad y mayor número de horas de sueño en pacientes con litiasis. (figura 6).

En la figura 7 se presenta a los grupos que llevan tratamiento médico, observando que todos los pacientes con litiasis actualmente tienen tratamiento médico.

En la figura 8 se muestra el porcentaje pacientes que practican ejercicio físico, donde a la par de sujetos con criptorquidia y sanos 60% y 60% practica algún ejercicio físico, mientras que el 80% de los sujetos con litiasis no practican ningún tipo de ejercicio.

En cuanto al conocimiento de la enfermedad, según cada caso, encontramos el mismo porcentaje de sujetos con

criptorquidia y litiasis conocimiento de la enfermedad y el mismo porcentaje de sujetos con criptorquidia y litiasis no ignoran la misma. (figura 9).

En cuanto a causas reales que originaron la enfermedad de cada uno de los grupos, tenemos que los pacientes con litiasis, en un 80%, ignoran las causas reales, caso contrario a los pacientes con criptorquidia, que un 60% conocen las causas reales de su enfermedad (figura 10).

En relación al conocimiento de las consecuencias que tiene el padecimiento de la enfermedad, observamos que exactamente el 50% de los sujetos en ambos grupos tienen conocimiento de las consecuencias, ignorando las mismas el otro 50% del grupo. (figura 11).

En esta figura se muestra el tiempo que tardó desde la aparición de la enfermedad hasta que acudió a tratamiento médico, observándose que los pacientes con litiasis en un 40% procuraron pronta ayuda médica, mientras que las personas con criptorquidia no. (figura 12).

En la figura 13 observamos que no existe modificación al fumar, en el grupo con criptorquidia en un 40% se presenta modificación en los pacientes con

litiasis y en un 10% en sujetos sin enfermedad.(figura 13).

Así también, se puede ver que no existen modificaciones al beber en los grupos sin enfermedad y criptorquidia, mientras en el grupo de litiasis la mitad de los pacientes modifican su hábito de beber. (Ver anexo, figura 14).

Observamos en la figura 15 que el 60% de los 3 grupos consideran su relación de pareja como buena, 20% de pacientes con criptorquidia y litiasis la consideran moderada, un 10% e con criptorquidia la considera mala y el resto no tiene pareja.

Asimismo, se muestra en la figura número 16 si a partir de la aparición de la enfermedad se dieron cambios en la relación de pareja, observándose un 50% sin cambios el grupo sin enfermedad y el de litiasis, en un 60% el grupo con criptorquidia.

En la figura 17 se muestra si hubo algún cambio en el trato por parte de los pacientes hacia el género femenino, observándose, sin cambios en los grupos sin enfermedad 90%, y litiasis 80%, y en el grupo de criptorquidia 50% y 50% entre sin cambios y cambios positivos.

Se observa que la relación actual con el género femenino no ha tenido modificación en su mayoría para los sujetos sin enfermedad y litiasis y un 40% en los pacientes con criptorquidia se reporta un 40% sin cambios, 40% como una buena relación y 20% reportan tener una mala relación con el género femenino. (figura 18)

En cuanto a sujetos con vida sexual activa, observamos que el 90% de pacientes con criptorquidia y litiasis llevan vida sexual activa (con pareja), mientras que el 70% de sujetos sin enfermedades ocurre el caso contrario, carecen de vida sexual activa. (figura 19).

En la figura número 20 se muestra desde cuando, en tiempo, se inició vida sexual, ubicándose el 20% de los litiasicos entre 3, 8 y 12 años atrás, la gente con criptorquidia entre 1 y 31 años atrás y la gente sin enfermedad entre 2 y 9 años atrás.

En ésta figura, observamos que un alto porcentaje en cada uno de los 3 grupos tiene un buen concepto de sí mismo al iniciar vida sexual. (figura 21).

Aquí en la figura 22 se muestra la angustia de la primera vez que se tuvo relaciones sexuales, donde el 70% y 60% de los grupos con litiasis y criptorquidia

respectivamente muestran no haber tenido angustias, el 10% de los sujetos sin enfermedad muestran también no haber tenido angustias, mientras que el 30% de sujetos con criptorquidia, 20% con litiasis y 20% sin enfermedad mencionan si haber tenido angustias al iniciar su vida sexual.

Observamos en la figura 23 que el 80% de los pacientes con litiasis carecen de molestias la primera vez que tuvieron relaciones sexuales, mientras que los pacientes con criptorquidia el 40% si llegan a tener angustias.

Observamos en la figura número 24 que el número de relaciones sexuales que tienen los sujetos por mes, observamos que el 80% de los pacientes con criptorquidia tienen entre 2 y 16 relaciones sexuales por mes, el 60% de los pacientes con litiasis de 0 a 2 relaciones por mes, de un 10% a un 20% tienen de 8 a 10 relaciones sexuales el 30% de sujetos sin enfermedad de 0 a 12 por mes.

También en la figura 25 nos muestra la persona con quien ejercen su sexualidad, notándose que el 90% de los sujetos con criptorquidia, 60% con litiasis y 30% sin enfermedad la ejercen con su pareja, mientras que el 30%

de la gente con litiasis ejerce su sexualidad sin una pareja estable.

En la figura número 26 se muestra como es la satisfacción de su vida sexual, encontrando que todos los sujetos sin enfermedad tienen una buena satisfacción sexual, mientras que la gente con litiasis el 50% tienen moderada satisfacción sexual y la gente con criptorquidia se divide en 30% en cada uno en los 3 rubros buena, moderada, mala.

En la presente figura se nos muestra el porcentaje de sujetos que han tenido intentos de llevar vida sexual con pareja, la cual muestra que el 40% de los sujetos sin enfermedad si han tenido intentos por llevar vida sexual, mientras que el 10% de sujetos con litiasis no ha tenido intentos de ésta. (figura 27).

En la figura 28 se muestra desde cuando los sujetos han tenido intentos por llevar vida sexual con pareja, en un 30% a un 40% son sujetos sin enfermedad y son los intentos desde hace 4 años, un 10% de sujetos con criptorquidia desde hace 16 años.

Observamos que el 30% de los pacientes sin enfermedad recurren a toques y fantasías, entendiéndose como tocarse los genitales sin llegar a la masturbación y

consultando revistas pornográficas, películas, etc., así como el 10% de pacientes con litiasis, el 20% de sujetos sin enfermedad recurren a la masturbación y 20% no practican ningún tipo de actividad sexual, así como el 10% de sujetos con criptorquidia tampoco realizan algún tipo de actividad. (figura 29).

Aquí en la figura 30 nos muestra el agrado físico que tiene cada uno de los grupos de sí mismos, encontrando el 60% de las personas con criptorquidia tienen agrado de sí mismo mientras que en el grupo de gente sana un 60% tienen un agrado regular, el grupo con litiasis tiene un 40% y un 40% de un total agrado y un agrado regular y 20% de sujetos con criptorquidia y litiasis reportan no tener ningún agrado de su físico.

En la figura número 31 encontramos que el 90% de los sujetos con litiasis no tienen agrado ante su desnudo y al 10% del mismo grupo le resulta indiferente, al 60% de sujetos con criptorquidia mencionan no tener agrado ante su desnudo, al 30% le resulta indiferente y un 10% reporta agradarse ante su desnudo, en cuanto a los sujetos sin enfermedad, encontramos que al 40% de los sujetos no les agrada su desnudo, a 30% y 30% si le agradan o bien les resulta indiferente.

Se muestra también en la figura 32 si en general los sujetos tienen agrado hacia ellos mismos, encontrando que sujetos sin enfermedad el 80% tienen buen agrado hacia ellos mismos, seguido por pacientes con criptorquidia en un 70% y los pacientes con litiasis en un 70% tienen un agrado moderado hacia ellos mismos.

En la figura 33 se observa el agrado de como ellos tratan a los demás, observandose 90%, 90% y 70% en sujetos sin enfermedad, criptorquidia y litiasis respectivamente, el agrado que tienen hacia el trato con los demás.

En la figura 34, vemos que el trato que los demás les dan a cada uno de los sujetos lo consideran como bueno en un 90%, 80% y 70% en sujetos con criptorquidia, sin enfermedad y litiasis respectivamente. (figura 34).

MACHOVER

Grupo con criptorquidia

Resultados del test Machover de figura humana aplicado a sujetos con criptorquidia.

En los resultados de la prueba a este grupo encontramos que la mayoría de las figuras dibujadas son

figuras de frente y que únicamente se encuentran 3 figuras de perfil, siendo estas 2 femeninas y una masculina.

En la conducta durante la prueba, encontramos que el 60% verbalizan contando la historia del sujeto dibujado, su historia personal o van nombrando en voz alta la parte del cuerpo que están dibujando, el 20% de los sujetos piden más datos para realizar su dibujo y un 10% de los sujetos como primera instancia se niega a hacer el dibujo, retomando tiempo después la instrucción. Únicamente 40% de los sujetos mantienen seguimiento de instrucciones en silencio.

En cuanto a la secuencia que le dan a sus figuras, encontramos que el 50% de los sujetos inician sus figuras con la cabeza un 50% finalizan con el trazo de ésta.

El tamaño promedio de las figuras es: en la figura masculina es de 14.86 cm., mientras que en la figura femenina es de 17 cm., la mayoría de las figuras se ubican en la parte izquierda de la hoja ya sea en el cuadrante superior o inferior, únicamente 2 figuras se ubican en la parte media de la hoja aunque con ligeras tendencias hacia arriba e izquierda.

En cuanto a movimientos de cada una de las figuras se observa que únicamente 6 figuras tienen movimiento en las extremidades de forma muy ligera y el resto de las figuras se encuentran rígidas.

El 90% de los sujetos de este grupo apoya el lápiz de forma ligera a media, observamos únicamente en un 10% de los sujetos apoyó fuerte al dibujar ambas figuras.

El 90% de los sujetos dibujan como la primera figura una figura masculina, con excepción de un 10% de ellos que inicia con la figura femenina, las figuras pueden ser bien identificables en cuanto a sexo y edad.

Grupo con litiasis

Los sujetos con litiasis obtuvieron como resultados en la aplicación del test de figura humana Machover, lo siguiente:

Se observa en casi todas las figuras la posición de frente, encontramos únicamente una figura masculina de perfil.

En la conducta de la prueba el 70% de los sujetos tienen la conducta de seguir la instrucción en silencio, el 30% de personas en este grupo tienen conductas

particulares, un 10% se niega a realizar la prueba y bajo una segunda insistencia realiza su dibujo, otro 10% borra constantemente el dibujo ya realizado, pero particularmente la cara y el último 10% pregunta constantemente al aplicador como para obtener aprobación de cada una de las líneas que han sido trazadas por el sujeto.

Un 80% de los sujetos inician sus figuras por la cabeza, el resto de los sujetos finalizan sus figuras con la cabeza.

El tamaño promedio es de: figura masculina 13.03 cm. y en la figura femenina es de 13.76 cm. la mayoría de las figuras están colocadas en la parte central de la hoja, ligeramente elevadas todas estas hacia arriba y a la izquierda. Dos de los sujetos giraron la hoja ubicaron el dibujo en el extremo derecho de esta y un último sujeto coloca sus dibujos en la hoja en posición vertical pero en el extremo superior derecho.

Las figuras de este grupo en su totalidad se observan rígidas, y sin movimiento, son figuras bien identificables en cuanto a sexo pero existe una confusión en cuanto a edad.

En la presión gráfica de sus dibujos, se observa que el 50% de los sujetos tiene una presión fuerte al lápiz y el resto tiene presión débil de éste.

Como primera figura en este grupo 20% de los sujetos dibujan a la figura femenina y el resto como primera figura, dibujan a la figura masculina; existen, en este grupo, un gran número de partes omitidas en los dibujos, 20% de los sujetos dejan de dibujar extremidades inferiores en ambos dibujos, un 10% de los sujetos deja de dibujar las manos en ambas figuras y 20% de los sujetos dejan de dibujar boca.

Grupo sin enfermedad

Resultados por grupo de la aplicación del test Machover aplicado a sujetos sin enfermedad.

En la aplicación de esta prueba proyectiva, se observa que el 90% de los sujetos tienden a dibujar sus figuras de frente, sean masculinas o femeninas, con excepción de un 10% de los sujetos que dibujaron la figura masculina de frente y la figura femenina de perfil, así pues, también podemos observar que el 70% de estos sujetos tienen seguimiento de instrucciones sin verbalizaciones ni cuestionamientos, solamente 30% de los sujetos de la muestra demandan que se les de más

información acerca de la estructura del sujeto que el aplicador desea.

También un 80% de estos sujetos inician sus dibujos con la cabeza, siendo únicamente un 20% de los sujetos que inician con cuello y tronco, finalizando con la cabeza y detalles de la cara.

Las figuras como medida promedio son: figura masculina 18.86 cm. y las figuras femeninas tienen 17.22 cm. promedio, la mayoría de la ubicación de las figuras es centrada con ligeras tendencias hacia la izquierda superior en algunos sujetos.

En el 100% de las figuras se observa rigidez en el cuerpo y con expresiones faciales agradables, pacíficos o sonrientes.

El 80% de los sujetos tienen una presión a lápiz entre tenue y media, observándose únicamente presión fuerte en 20% de los sujetos.

Las figuras de los sujetos de este grupo pueden ser bien identificadas en cuanto a sexo y edad, en este grupo todos los sujetos dibujan con primera figura una figura masculina.

El 90% de los sujetos de este grupo se observa en sus dibujos un completo esquema corporal con excepción del 10% que omite la cara en la figura masculina.

CAPITULO V

ANALISIS Y DISCUSION

ANALISIS Y DISCUSION

A continuación se presentará el análisis y discusión de cada uno de las fases que constó la presente investigación.

Test MMPI

Podemos observar que en los resultados de la aplicación del test MMPI, existen diferencias significativas en los aspectos de depresión, masculinidad-feminidad y esquizofrenia. Estas diferencias no llegan a ser motivo de alarma en cuestión de personalidad, aunque hay diferencias, estos puntajes se encuentran dentro del rango establecido en la misma prueba como normal, ya que ninguno de los tres grupos llega a requerir ayuda psicológica en estos aspectos.

Ahora bien, si observamos el aspecto de paranoia, los puntajes llegan a ser elevados en los 3 grupos, observandose que el grupo sin enfermedad y el grupo con litiasis pueden compartir características en común de personalidad en cuanto a que son personas hipersensibles, rígidas y, en lo referente a sus sentimientos, con presiones ante aspectos sociales y vocacionales; asimismo, son personas que parecen desconfiadas,

resentidas ante peligros reales o imaginarios; en suma, son personas hostiles en forma indirecta.

El grupo con criptorquidia, que resulta tener un puntaje más elevado en el aspecto de Pa según el test MMPI son personas rígidas, extremadamente sensibles, muy obstinadas, de difícil entendimiento con ellos; interpretan mal y perciben inadecuadamente los estímulos sociales, presentando rasgos claramente paranoides.

Esto quiere decir que, aunque los tres grupos obtengan puntajes elevados, el grupo con criptorquidia resulta estar más afectado, indicando ésto que este tipo de sujetos requieren atención psicológica por esta psicopatología presentada.

Al confrontar los datos obtenidos con lo que argumenta María Fux, (1989) la cual menciona que los cambios físicos son relevantes en la repercusión de la vida cotidiana del individuo, esto lo podemos ver reflejado en los resultados obtenidos en el test MMPI, el cual está diseñado para detectar algún tipo de psicopatología en el individuo, que si bien afirma que existen repercusiones, un dato importante es que coincidentemente la psicopatología es encontrada con los pacientes de criptorquidia.

En cuanto a los puntajes de depresión, masculinidad-feminidad, y esquizofrenia, encontramos que en cuestión de puntajes estadísticos, existen diferencias significativas, esto quiere decir, que los tres grupos son diferentes entre sí, pero según los puntajes de estandarización de la prueba MMPI no llegan a tener psicopatología alguna sino que más bien fluctúan entre los puntajes mínimos y máximos del rango para considerarse no psicopatológicos o bien "normales".

Los aspectos que considera el test MMPI, en su gama de preguntas, consideran la interrelación que tiene el sujeto con el mundo, y Doltó (1986) hace mención de que en general cuando un sujeto cuenta con una imagen corporal íntegra esto va a contar para una interrelación positiva con el mundo exterior; esto lo podemos confirmar con base en los resultados anteriores que nos indican que la criptorquidia, considerada como variable independiente, se puede tomar como causal de síntomas paranóicos en los sujetos que la padecen, ya que estos son reportes de los mismos sujetos, tomado en cuenta según como han integrado cada uno su imagen corporal y la han vivido en conjunto con una sociedad.

Inventario de Asertividad

Al analizar el inventario de asertividad, nos encontramos que, en ninguno de los grupos, existen diferencias significativas en este aspecto, aunque hay aspectos en los que puntúan más alto unos grupos que otros. El grupo sin enfermedad se caracteriza específicamente por ser sujetos que puntúan a nivel alto en aspectos como: expresión de opiniones, habilidades físicas en la relación interpersonal y autoaceptación, dando esto un indicativo de que este grupo, estudiado específicamente, carece de las habilidades físicas suficientes en la relación interpersonal como para mantener una relación segura consigo mismo y con los otros, así también en lo que se refiere a expresión de opiniones y autoaceptación, se encuentran puntajes altos, lo cual indica la carencia de habilidades para expresar opiniones y la poca aceptación que tienen de sí mismo.

El grupo con litiasis mantiene siempre el puntaje medio entre ambos grupos, en todos los aspectos y el grupo con criptorquidia puntúa alto en los ítems que son de habilidades en los aspectos de defensa de derechos y agresividad indicando ésto la poca habilidad para defender sus derechos y el nivel alto que tienen de agresividad ante sus impulsos.

Al correlacionar los datos teóricos con los datos de la investigación, podemos observar que el grupo con criptorquidia carece de habilidades para defender sus derechos y se muestra más agresivo que los otros dos grupos presentados en la investigación, así pues, podemos llegar a pensar que la afectación orgánica es probable que tenga algún tipo de consecuencia en cuanto a las respuestas asertivas y de autocontrol con estos individuos, como anteriormente lo menciona Rotter (1966) en cuanto a que factores biológicos resultan ser factores disposicionales para que en conjunto con el locus de causalidad, aumente o disminuyan las formas para llevar a cabo una buena relación interpersonal, en este caso el factor biológico es un daño orgánico-anatómico del individuo (criptorquidia), sin considerarse la litiasis como factor que altere de sobremanera las respuestas de relación interpersonal con los pacientes, según el instrumento utilizado.

Ahora bien, en cuanto a lo que menciona May (1990), se refiere a la obtención de la autoestima por medio de las respuestas asertivas en determinadas situaciones, lo cual al analizar los reactivos de la prueba, podemos constatar que los sujetos con padecimiento orgánico-anatómico tienen menos asertividad que los sujetos con litiasis, pero también podemos observar que no es

necesario contar con algún tipo de patología física para tener un índice bajo en cuestión de respuestas asertivas, ya que si vamos a tomar en cuenta a las respuestas asertivas como un reflejo de la adquisición de la autoestima, entonces, los sujetos sin enfermedad tienen un indicativo de una baja autoestima, ya que carecen de respuestas asertivas en aspectos como: expresión de opiniones, habilidades físicas en la relación interpersonal y autoaceptación.

Entrevista

Al analizar la entrevista, se hará con la descripción de resultados que se obtuvieron sin ser graficados y que estos competen a lo que son hábitos y conceptos que tiene el paciente en forma única y una segunda parte será la descripción gráfica de las preguntas de la entrevista y el análisis global de la misma.

Al observar la descripción de los conceptos de salud y enfermedad que cada uno de los grupos tiene, encontramos que los sujetos sin enfermedad son capaces de expresar definiciones mas completas en lo que se refiere a tomar en cuenta al individuo como una parte biológica y emocional, y que ambas partes dan como totalidad a la estructuración del individuo, a diferencia de los sujetos

que padecen algún tipo de patología, los cuales se enfocan en su mayoría a destacar aspectos más biologicistas en cuanto a dolor, estructura física, capacidades o impedimentos físicos u orgánicos, lo que significa que escinden su totalidad como seres humanos y, por lo tanto, parecería ser que su enfermedad se vuelve el eje de su vida.

Por otra parte, no se marca ninguna diferencia en cuanto a los hábitos alimenticios que muestran cada uno de los tres grupos, independientemente de lo que los caracterice y, con base en esto, podemos recuperar que los individuos con litiasis tienen que modificar su dieta, debiendo tener más ingesta de líquidos y sin embargo no mencionan hacerlo; esto es un dato relevante, ya que continúan teniendo los mismos hábitos alimenticios.

En cuanto al ejercicio físico que realizan algunos grupos, encontramos que es el football y basquetball y algunos sujetos realizan natación, los grupos que reportan haber dejado de hacer ejercicio, también practicaban estos mismos deportes, lo cual, mencionan que lo dejaron de hacer por el exagerado movimiento que requieren y que, a su vez por la enfermedad que padecen, incapacitan de sobremanera a los sujetos para poder realizar ejercicios bruscos o que requieran de movimientos amplios y de fuerza con todo el cuerpo, esto

es específicamente con los sujetos que padecen litiasis; mientras que, por otro lado, los sujetos que padecen criptorquidia, dejan de hacer ejercicio mientras tienen molestias si el testículo es retráctil o bien permanece intraabdominal y no permite hacer fuerza para algún tipo de movimiento, en cuanto son operados estos sujetos vuelven a su vida cotidiana y con ello a la práctica de sus actividades deportivas.

Encontramos que, en general, los sujetos con litiasis se encuentran a disgusto con su estado actual, a la enfermedad la encuentran como incapacitante, así también, su padecimiento no les permite ocultar su condición de enfermos ante los demás y por lo tanto no pueden llevar su vida como cotidianamente la llevaban, colocándose así con un rol de paciente ante si mismos y ante los demás. En cuanto a los pacientes con criptorquidia, mencionan no hacer nada por ocultar su condición y a su vez no mencionan nada a los demás descartando a los que se hayan enterado en el tiempo en el que el padecimiento aquejaba con más agudeza, estos son los períodos, pre-peratorio, operatorio y post-operatorio, integrándose después de estas etapas a su vida normal y dejando ellos mismos de considerarse como pacientes, estando concientes de que padecen una enfermedad pero que no afecta a su vida cotidiana en la actualidad.

Esto nos remite a lo que dice Blay (1991), en cuanto a que la imagen esquemática o corporal la retoma cada individuo como una experiencia diferente y esto se va reflejando en las actitudes hacia los demás que cada uno vamos teniendo de nosotros mismos; en este caso, los pacientes con criptorquidia llegaron a experimentar de manera diferente su patología y los cambios que se observan son con base en la conceptualización que cada grupo tiene de la enfermedad. Es por esto que la contrucción del yo corporal va siendo cambiante y esos cambios van dando pauta, según Doltó (Ibid), a la construcción de la autoestima y la introyección del yo corporal y dependiendo de como este configurado éste, proporcionará seguridad y confianza, dando como resultado una alta autoestima, estos resultados, tienen mucho que ver con los resultados que Branden (1988) menciona en relación a las respuestas con un alto nivel de confianza en sí mismo.

En cuanto a lo que les gustaría cambiar de su vida sexual, encontramos que los cambios que los sujetos con criptorquidia desean es básicamente el cambiar a su pareja, mientras que los sujetos con litiasis, lo que desean es tener más comunicación; esto nos demuestra que existe poca capacidad de la gente con criptorquidia para poder relacionarse en forma íntima con una pareja, lo

cual nos lleva a reconsiderar la postura que menciona Erikson (1975) en cuanto a la etapa de madurez genital que va propiciando la buena estructura de identidad, y la cual consecutivamente lleva a la etapa de adulto joven, que es en donde se estructuran las relaciones íntimas como de amistad de pareja y sexualidad, así como la intimidad con uno mismo, con lo cual podemos concluir que mientras no esté bien estructurada la etapa anterior la etapa consecuente llevará deficiencias en su estructura; por lo anterior podemos pensar que los sujetos con criptorquidia de alguna manera carece de estructuración su etapa de madurez genital.

Cuestión que no se llega a confirmar en la pregunta de cómo tendría que ser un hombre para llevar a cabo una vida sexual satisfactoria para él y su pareja y los sujetos con criptorquidia dan más énfasis a la comprensión de la pareja, mientras, que los sujetos con litiasis retoman la salud física como parte preponderante y el cariño que ambas partes sientan. Por otra parte, los sujetos sin enfermedad destacan elementos como el placer, tanto de ellos mismos como de la pareja, así como comunicación y apariencia física, lo cual nos lleva a reflexionar que, mientras se carezca de condiciones mínimas de salud, los sujetos no valorarán en su justa medida está, y los sujetos con algún tipo de patología como necesidad preponderante tendrán la recuperación de

la salud y esto podrá llevar a una relación sexual satisfactoria.

Al observar las gráficas que nos muestran los puntajes en cuanto a las respuestas dadas en la entrevista, se observa que: en cuanto a edades, los sujetos sin enfermedad en su mayoría se encuentran en los 22 años de edad, los sujetos con litiasis se encuentran con edades de los 18 a los 37 años y los sujetos con criptorquidia, se encuentran entre los 18 y 47 años; en cuanto a estado civil únicamente encontramos en los 3 grupos estudiados, a solteros y casados, carecieron en el estudio sujetos divorciados o viudos, de éstos encontramos que los sujetos sin enfermedad se encuentran en su mayoría solteros, mientras que los sujetos con criptorquidia en su mayoría son casados, los sujetos con litiasis se mantienen equilibrados tanto los solteros como los casados; esto se dió por las características que acompañaron a los sujetos en cada una de las muestras.

En cuanto a la escolaridad, encontramos que en el grupo sin enfermedad, en su totalidad, los sujetos tienen estudios de licenciatura, mientras que el grupo de sujetos con litiasis y criptorquidia fluctúan con primaria, secundaria y bachillerato; en el grupo con litiasis predominan los sujetos con bachillerato,

mientras que en los sujetos con criptorquidia son predominantes los estudios de secundaria.

En cuanto a la incidencia de tabaquismo, encontramos que los pacientes sin enfermedad tienden a fumar de moderado a mucho, mientras que los pacientes con litiasis, fuman moderadamente en su mayoría, encontramos en el resto del grupo una equivalencia con pacientes que fuman mucho o bien que no fuman nada, el grupo con criptorquidia en su mayoría no tiene el hábito de fumar, los que fuman que son una minoría, fuman poco y únicamente un sujeto de este grupo fuma mucho, considerandose mucho como una cajetilla diaria.

En cuanto a la incidencia del alcoholismo, encontramos que, entre el 70% y 90% de los sujetos en los 3 grupos mantienen un nivel de alcohol moderado, lo cual quiere decir que beben de 2 a 3 copas a la semana promedio, declarando ser bebedores por circunstancias sociales, 40% de sujetos con litiasis y con criptorquidia y un 10% sin enfermedad declaran no beber nada mientras que de la muestra total únicamente un sujeto con criptorquidia bebe mucho.

En cuanto a las horas de sueño, el grupo sin enfermedad duerme entre 5 y 8 horas, predominando los sujetos que duermen 5 o 6 horas, mientras que el grupo

con litiasis, duerme de 6 a 9 horas predominando los sujetos que duermen 8 horas y el grupo con criptorquidia duerme 8 horas y el grupo con criptorquidia duerme de 4 a 9 horas predominando sujetos que duermen 6 y 8 horas.

En cuanto a la ejecución de ejercicio físico, observamos que la mayoría de los sujetos con litiasis no realiza ningún tipo de ejercicio físico, mientras que el grupo sin enfermedad y con criptorquidia realiza ejercicio físico, con el mismo porcentaje de sujetos en ambos grupos, el ejercicio que realizan es football, basketball en el grupo con criptorquidia y reportan realizarlo de 1 a 2 veces por semana, mientras los sujetos sin enfermedad, algunos, realizan natación y la frecuencia también es de una a dos veces por semana.

En relación a que si los sujetos conocen la enfermedad que padecen, encontramos que el 70% de los sujetos sí conocen la enfermedad que actualmente padecen. En cuanto a que si conocen las causas reales de porque padecen dicha enfermedad, solamente el grupo con criptorquidia tiene conocimiento verídico de las causas, los pacientes con litiasis tienen idea de causas falsas sobre el padecimiento que tienen actualmente, este fenómeno se dá por las múltiples visitas que realiza el paciente con criptorquidia a los diferentes médicos, ya que, cuando estos dan su diagnóstico y tratamiento,

encuentran que les es difícil hacerse a la idea de tener que perder un testículo, lo cual les obliga a preguntar y a saber más de su padecimiento tanto en causas como en consecuencias, no ocurre así con pacientes con litiasis, ya que cuando este padecimiento se presenta los dolores son intensos y lo que le importa al paciente básicamente es reincorporarse a su vida normal y eliminar los dolores y molestias que le aquejan.

En relación al conocimiento de las consecuencias se encuentran el 50% y el 50% de pacientes en ambos grupos que conocen de manera verídica las consecuencias o que ignorán éstas, o tienen una idea errónea de las mismas.

También, observamos que los pacientes con criptorquidia son capaces de dejar que el padecimiento esté constante en ellos sin tomar consulta médica, desde que el padecimiento inició se reporta que acuden al médico un año después de la detección del problema hasta 22 años después de la detección del mismo. Cosa contraria que ocurre con los enfermos de litiasis, desde que se dan cuenta de los primeros síntomas, acuden al médico para tratamiento, únicamente un sujeto se tarda por 14 años para acudir al médico, la mayoría de los sujetos con litiasis acuden a tratamiento médico a los 2 años después de detectado el problema, esto se da por lo que ya anteriormente habíamos mencionado, ya que los sujetos con

criptorquidia, al darse cuenta de que el padecimiento que tienen involucra a su genitalidad, no lo atienden por el temor a que la familia se entere y levantar comentarios nocivos para ellos mismos y los pacientes con litiasis se atienden casi de inmediato por el dolor y molestias que causa esta misma patología.

En cuanto a modificación en el hábito de fumar, se observa que los pacientes con litiasis son los que más modificación tienen en su hábito de fumar, en el sentido de que dejan de fumar, seguido por gente sin enfermedad; no se encuentra ninguna modificación en el hábito de fumar en pacientes con criptorquidia.

En cuanto a modificación en el hábito de beber, los pacientes con litiasis el 50% de ellos tienen modificaciones, en el sentido de dejar de beber, el resto de la población se mantiene sin modificaciones en su ingesta de alcohol.

En lo que se refiere a relación de pareja, encontramos que son 40%, 20% y 10%, de sujetos sin enfermedad, litiasis y criptorquidia respectivamente, los sujetos de la población total que no tienen pareja y que de éstos, el porcentaje más alto son sujetos sin enfermedad, seguido por sujetos con litiasis y, por último, por los sujetos con criptorquidia. En cuanto a la

calidad de la relación con su pareja, encontramos que: la mayoría de los sujetos en los tres grupos reportan como buena a su relación de pareja, siguiendo en cantidad de sujetos el término de moderada y, por último, un 10% de sujetos con criptorquidia que dicen tener una mala relación de pareja; estos datos, en cuanto a calidad de su relación, es con base en el sentir mismo del sujeto que ha sido entrevistado, y cómo es que él mismo valora y califica su relación de pareja.

Retomando lo mencionado por Erik Erikson (Ibid), la formación del autoconcepto y en sí lo que se refiere a imagen corporal, se va dar como resultado de la identidad que se vaya creando el individuo sobre sí mismo, dada ésta a través de las capacidades, potencialidades y expectativas de actuar con su medio ambiente, esta relación se observa de una manera muy clara al considerar resultados de los test MMPI y de asertividad y como los resultados estan en relación al proceso de salud-enfermedad que cada uno de los sujetos tiene expectativas de manera diferente, así como una conceptualización muy particular de sí mismo y la inserción con su medio, esta inserción se dá con base en las diferentes actividades que realiza cada persona con su medio; por ejemplo: se observa ésto claramente en el grupo de personas que tienen litiasis y que en su mayoría no realizan ejercicio físico, tienen modificación en su hábito de fumar van

propiciando estos cambios algún tipo de incapacidad para lograr la formación de un autoconcepto pleno o satisfactorio para el individuo y el logro de la identidad con uno y con el medio ambiente.

En cuanto a que si hubo cambios en la relación con la pareja a partir de la aparición de la enfermedad, encontramos que la mayoría de los sujetos que padecen algún tipo de patología se encuentran sin cambios, mientras que el 30% de sujetos tanto de criptorquidia como de litiasis reportan haber experimentado cambios positivos. Los sujetos sin enfermedad se encuentran distribuidos en igual porcentaje, en el rubro de sin cambios y cambios positivos y un 20% y 10% de sujetos con patología han experimentado cambios negativos con la pareja a partir de la aparición de la enfermedad.

También Erikson (Ibid) menciona que en la etapa de madurez del individuo, caracterizada como adulto joven, se maneja la identidad propia conjuntándola con la ajena; ésto se ve reflejado en los resultados obtenidos en cuanto a la relación de pareja, dando indicativos de que algunos sujetos que padecen algún tipo de patología ya sea funcional o estructural pudieran tener más dificultad para establecer relaciones totalmente satisfactorias con su pareja y que cuando se propician cambios en algunos otros sujetos, por lo general, llegan a ser negativos.

También, observamos que existen cambios en cuanto a la conducta que ellos tienen hacia las demás mujeres que los rodean, propiciándose cambios negativos únicamente en sujetos con litiasis y, en cuanto al trato que dan ellos a los demás, también se presentan conductas negativas únicamente en sujetos con criptorquidia.

También, podemos observar en los cambios de conducta hacia el género femenino: 50% en sujetos sin enfermedad y litiasis y 60% de sujetos con criptorquidia, no existen diferencias de trato hacia otras mujeres que conviven con el paciente a partir de la aparición de la enfermedad, teniendo cantidades equivalentes de sujetos con criptorquidia este aspecto y el de cambios positivos; seguido en cantidad de sujetos que han experimentado cambios positivos hacia el resto de las mujeres con las que conviven y únicamente un 10% del grupo con litiasis experimenta cambios negativos.

En cuanto a la relación actual con el género femenino, encontramos que: 70% de sujetos sin enfermedad, 70% de sujetos con litiasis y 40% de sujetos con criptorquidia no tienen cambios en cuanto a esta relación, seguido por pacientes que reportan llevarse bien con el género femenino que les rodea y, por último, un 10% sujetos de cada grupo, a excepción de los sujetos

con criptorquidia que fué el 20%, reportan llevar una mala relación con el género femenino.

En relación a los sujetos que llevan vida sexual activa: tenemos que el 90% de los sujetos con patología llevan vida sexual activa, mientras que únicamente el 30% de los sujetos sin enfermedad ejercen ésta.

El tiempo que tienen ejerciendo su vida sexual es diferente en cada uno de los grupos: en el grupo sin enfermedad, el tiempo es entre 2 y 9 años, la gente que padece litiasis lleva ejerciendo su vida sexual aproximadamente de 3 a 12 años y los sujetos con criptorquidia llevan ejerciendo su vida sexual, entre 1 y 31 años aproximadamente.

Ya Erikson (Ibid), al hablar de identidad, retoma de manera importante la función de la genitalidad, lo cual nos da un indicativo de que la identidad sexual es importante según los datos obtenidos, pero no llega a afectar tanto como la funcionalidad sexual o modificación de hábitos sexuales al tener alguna patología que impida dichas funciones, ya sea en frecuencia o en goce.

Según María Fux (Ibid), mientras más ampliamente el individuo conozca su cuerpo, tendrá más posibilidades de reconocer limitaciones y aceptarse a sí mismo para así

dar paso a las interacciones con los otros, ésto también se puede ver relacionado con la cantidad de sujetos que conocen, en este caso, el tipo de patología que tienen, sus causas y consecuencias, observándose que numéricamente equivalen los mismos sujetos en el desconocimiento de la enfermedad y los aspectos de una mala relación de pareja o hacia el género femenino

En cuanto a el concepto que ellos se hicieron de sí mismos a partir de su primera experiencia sexual: fué bueno en un mayor porcentaje de la población de cada uno de los 3 grupos, seguido en cantidad de sujetos, por un concepto moderado, y se igualó en número de sujetos 10% en cada uno de los 3 grupos en el rubro de mal autoconcepto al iniciar vida sexual.

En cuanto a la existencia de angustias que tuvieron los sujetos al tener su primera relación sexual, observamos que, el 70% y 60% de los sujetos con litiasis y criptorquidia respectivamente, encontramos que no existieron angustias la primera vez que tuvieron relaciones sexuales, mientras que en los sujetos sin enfermedad si las hubo en el 20% de los sujetos, del 30% del grupo que en total tienen vida sexual activa .

En cuanto a si existieron molestias la primera vez que tuvieron relaciones sexuales: pudimos ver que el 80%

y 50% de los sujetos con litiasis y criptorquidia respectivamente no tuvieron angustias, caso contrario a los sujetos sin enfermedad, donde, de los que llevan vida sexual, el 20% de los sujetos tuvieron molestias la primera vez que tuvieron relaciones sexuales.

En cuanto al número de relaciones sexuales, en la actualidad, que tienen los sujetos cada mes: encontramos que los sujetos con criptorquidia son los que tienen más frecuencia de relaciones sexuales en un mes, seguido por algunos de los pacientes con litiasis y por último, los pacientes catalogados sin enfermedad, únicamente un sujeto sin enfermedad y un sujeto con litiasis reportan no llevar vida sexual en la actualidad.

Lo que se encontró, en cuanto a personas con quién ejercen su sexualidad: se observó que, en su totalidad, los pacientes con criptorquidia y sin enfermedad reportan tener relaciones sexuales únicamente con su pareja, mientras que los pacientes con litiasis reportan llevar vida sexual no precisamente con una pareja estable, sino que las tienen con amigas en diferentes circunstancias.

En cuanto a la satisfacción que encuentran los sujetos de acuerdo a su vida sexual: encontramos que todos los sujetos sin enfermedad encuentran buena satisfacción en su vida sexual, los pacientes con

litiasis, el 50% encuentran una moderada satisfacción sexual y los pacientes con criptorquidia se distribuyen de manera equivalente en cada uno de los tres rubros; buena, moderada y mala.

Al retomar todos estos datos, observamos que los sujetos del grupo sin enfermedad que llegan a tener vida sexual son muy pocos, a comparación con los pacientes que tienen algún tipo de patología funcional y que los sujetos que se caracterizan por tener problemática sexual leve son el grupo con criptorquidia y el grupo sin enfermedad, ya que en situaciones semejantes tienen respuestas parecidas, lo que sí es importante destacar es que es que en ocasiones llegan a tener más frecuencia el grupo sin enfermedad y ésta es no esperada por la gente de este grupo sino por la gente que llega a tener algún tipo de patología y no le permite llevar una vida sexual considerada como totalmente plena; la gente con litiasis tiene alguna dificultad por llevar vida sexual en la actualidad, pero no tuvo dificultades en cuestión de procesos sexuales anteriores o de conceptos hacia la sexualidad.

Lo anterior se puede atribuir a los conceptos fantásticos, místicos o ideales que tienen acerca del ejercicio de la sexualidad los sujetos sin enfermedad, en cuanto a los requisitos de una pareja, así como de ellos

mismos, para llevar a cabo una relación sexual satisfactoria; otra de las cosas que este grupo contempla son aspectos situacionales, lo cual para ellos tienen que acondicionar el ambiente para hacer más placentera la relación.

En cuanto a los sujetos que no han tenido relaciones sexuales, encontramos que el 40% de los sujetos sin enfermedad y 10% de los sujetos con criptorquidia, si han tenido intentos por llevar vida sexual, mientras que el 10% de sujetos con litiasis y el resto del grupo sin enfermedad, no han tenido ninguna clase de intentos por llevar dicha vida.

En relación a la edad promedio por grupo, desde hace cuanto tiempo se han presentado los intentos por llevar vida sexual, encontramos que en los sujetos sin enfermedad ha sido desde 3 a 4 años, mientras que en el sujeto con criptorquidia ha sido desde hace 16 años.

En cuanto a qué otra actividad sexual realizan, tenemos que la mayoría de los sujetos sin enfermedad llevan acabo toques genitales y fantasías, al igual que un paciente con litiasis, mientras que el resto del grupo sin enfermedad se divide equitativamente entre "ninguna actividad sexual" y la masturbación; mientras que el

paciente con criptorquidia no realiza ningún tipo de actividad sexual.

En cuanto a la construcción de la imagen corporal, observamos que se va construyendo, dependiendo de la historia del individuo, pero lo realmente importante es que parece ser que en una enfermedad, como la criptorquidia, el individuo la va asimilando a través del tiempo y que ésta no interviene en la posibilidad de llevar a cabo relaciones interpersonales o de satisfacción personal, mientras que una enfermedad, como la litiasis, mantiene efectos de conducta negativos que le impiden al sujeto llevar a cabo una buena relación interpersonal y de pareja, ésto propiciado por la desintegración de la imagen corporal, con base en la incapacidad orgánica y, por lo tanto, lleva a la alteración de conductas normales y cotidianas en los individuos.

Al observar los datos de cada uno de los grupos y el agrado que tienen hacia su físico, encontramos que el 60% de los sujetos del grupo sin enfermedad mantiene un agrado no totalmente satisfactorio de sí mismo físicamente, el grupo con litiasis se distribuye en forma equitativa, entre totalmente satisfactorio y moderadamente satisfactorio, rechazando 20% de sujetos de este grupo su físico en forma total, también encontramos

que los sujetos con criptorquidia el 60% tiene agrado total hacia su físico, el resto del grupo se distribuye en partes iguales entre una aceptación regular de sí mismo y rechazo de su físico.

En cuanto al agrado ante su desnudo que tienen cada uno de los grupos encontramos que, el 90%, 60% y 40% de sujetos con litiasis, criptorquidia y sin enfermedad respectivamente mencionan no tener agrado ante su desnudo, aunque se observa claramente que en su mayoría son sujetos con litiasis, seguido por una indiferencia ante éste en los tres grupos y, por último, en cuanto a la aceptación hacia su desnudo encontramos únicamente al 30% sujetos sin enfermedad y a un 10% con criptorquidia, ninguno de los sujetos con litiasis tienen aceptación ante su desnudo.

En cuanto al agrado que sienten los pacientes en general hacia ellos mismo, encontramos que el 80% y 70% de los pacientes sin enfermedad y con criptorquidia respectivamente tienen un agrado total de sí mismos, mientras que el 70% de los pacientes con litiasis tienen un agrado moderado de sí mismos, únicamente un 10% de pacientes con criptorquidia reporta desagrado acentuado hacia sí mismo.

En relación a lo que menciona Doltó (Ibid) sobre el cómo vive cada sujeto su estructura corporal, dá la posibilidad de que el individuo pueda contar con problemas de desestructuración de él mismo, cosa que observamos como los pacientes con litiasis específicamente en cuanto a desestructuración que tienen de sí mismos y agrado que tienen hacia ellos. Esto se dá a consecuencia de la patología presentada y el mecanismo de dolor que en ese momento impide un buen funcionamiento o satisfacción de demandas, influyendo en la estructuración de la imagen corporal y, por lo tanto, de autoaceptación.

Ahora bien, en cuanto a la proyección de la autoestima, visto desde un ángulo netamente conductual, encontramos las relaciones interpersonales que tienen cada uno de nuestros tres grupos y definimos que los sujetos con algún tipo de patología tienen relaciones interpersonales más deterioradas o que van más en detrimento de sí mismos que los sujetos sin enfermedad.

En cuanto al trato que cada paciente dá hacia los demás, entendiéndose ésto como la forma de conducirse hacia los otros: encontramos que el 90% de pacientes sin enfermedad, 70% de pacientes con litiasis y 90% de pacientes con criptorquidia perciben que dan un buen trato a los demás, mientras que el resto de los pacientes

consideran tener un trato moderado hacia los demás, encontrándose en este aspecto únicamente pacientes sin enfermedad y con litiasis y, por último, un 10% de pacientes con criptorquidia perciben dar un mal trato a la gente que le rodea.

En caso contrario, de cómo tratan los demás a cada uno de los sujetos: se encuentra que el 80% de sujetos sin enfermedad, 70% de pacientes con litiasis y 90% de pacientes con criptorquidia encuentran que el trato de los demás hacia ellos es bueno y el resto de cada uno de los grupos percibe que el trato que recibe de los demás quedaría en el aspecto de moderado hacia ellos.

Al relacionar lo anterior con el enfoque humanista, observamos que el individuo que se sienta más capaz de realizar actividades con un alto nivel de aceptación de éstas, tanto para sí como para los demás y se demuestren alto grado de aciertos, se encontrará con un nivel más elevado de autoestima y le permitirá tener un nivel alto también de relaciones de buena calidad ante los otros. Esto se observa claramente en los pacientes con criptorquidia, que casi no muestran modificaciones en cuanto a sus hábitos de vida, en relación a la aparición o no de la enfermedad, habiendo asimilado con anterioridad su patología y realizado mecanismos adaptativos ante ésta.

Si observamos comparativamente las gráficas de autoconcepto que presentaron la primera vez que tuvieron relaciones sexuales, con el tipo de relación que tienen ellos con los demás y los demás hacia ellos, es evidente que los sujetos con patología demuestran anomalías a nivel de detrimento de la relación interpersonal.

Machover

A través del test Machover aplicado a los 3 grupos, observamos que el grupo que se encuentra con mayor inestabilidad en la realización de figuras humanas es el grupo con litiasis, esto se observa en cuanto a tamaño de las figuras, colocación en la hoja y omisión de partes en el esquema corporal.

En general, se observa en los dibujos que los sujetos con litiasis manifiestan una desintegración de la imagen corporal en el momento que están llevando el tratamiento médico.

En general, podemos afirmar que los sujetos con litiasis tienen repercusiones más severas que los sujetos que padecen criptorquidia, ya que esta enfermedad afecta su acción directa con el medio, impidiéndole tener dominio de éste en su acción con los demás. De aquí

considerando el constructo *locus de causalidad*, se puede interpretar que disminuyen en estos pacientes las expectativas de acción positiva o de alcances asertivos; ya que el mecanismo de dolor altera: 1) noción corporal, 2) la funcionalidad plena del organismo en cuanto a sexualidad, 3) la relación con los demás, 4) la comunicación con la pareja; todo, lo cual altera o modifica los valores ya establecidos por la persona.

Se observó, mediante el desarrollo del presente trabajo, que:

a) Mientras existan funcionalmente mecanismos incapacitantes para realizar actividades cotidianas en el sujeto, éste se percibirá a sí mismo con una deficiente estructura corporal, así como también llevará a cabo una deficiente relación de pareja, interpersonal y se verán reestructurados sus valores.

b) Los sujetos que se perciben a sí mismos con una mala estructura corporal tienen deficiencias en su autoestima y relaciones interpersonales, así como de pareja; pero la estructura no es exclusivamente determinada por la aparición o adquisición de algún tipo de patología física o funcional, sino también se debe a la historia de cada sujeto y cómo cada uno se va introyectando a sí mismos una determinada imagen corporal

que es la que le va a dar pie para llevar de mejor manera su conducta hacia los demás.

c) Cuando el sujeto está pasando por un período llamado *trastorno adaptativo*, en cuestión de asimilación de la patología, es cuando se encuentra más desestructurado en relación a la noción de cuerpo, autoestima y relación de pareja.

Es por esto que se acepta la hipótesis segunda (H₂), que nos dice que los pacientes con criptorquidia (trastorno anatómico), litiasis (trastorno orgánico) y sujetos sin enfermedad tienen diferencias en su noción de cuerpo, autoestima, autoconcepto, así como sus relaciones interpersonales y de pareja.

Aunque en esta aseveración se observan diferencias en cuanto a los pacientes con litiasis ya que tienen más afectación en las áreas anteriormente mencionadas, los pacientes con criptorquidia y la gente sin enfermedad mantienen niveles de desarrollo interpersonal, autoaceptación, autoestima y asertividad con puntajes y niveles muy parecidos.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Para concluir, podemos confirmar que, los conceptos y procesos de las aproximaciones teóricas aquí revisadas confirman y concuerdan con los datos obtenidos según la investigación realizada.

Al hacer un recuento de la teoría del desarrollo como la de Erikson, la cual menciona que las fracturas que se tengan en el desarrollo psicológico repercutirán de alguna manera en la formación de la identidad.

Con el enfoque psicoanalítico de la psicología del yo, se confirma que según María Fux mientras más y mejor se conozca un individuo menos problemas de desintegración corporal tendrá y será más capaz de aceptarse a sí mismo y, por lo tanto, de aceptar a los otros.

En cuanto al mismo enfoque psicoanalítico, pero desde la corriente lacaniana encontramos que Doltó y su división de imagen del cuerpo y esquema corporal, están bien confirmadas en el presente trabajo, ya que los pacientes con criptorquidia según sus dibujos tienen una buena imagen corporal pero un esquema corporal deficiente, ya que anatómicamente tienen por otra parte deficiencias; los pacientes con litiasis tienen una deficiencia en la imagen corporal, notándose esto en la

estructura de sus dibujos y teniendo como antecedentes que padecen una enfermedad orgánico-funcional.

En lo referente al enfoque humanista y retomando la noción corporal y la autoestima, observamos que la conducta de los individuos del estudio en cuestión de autoestima, ésta si se dá como resultante de la noción corporal y la relación con los otros, y es con base en el sentimiento de capacidad o incapacidad que tenga cada uno de los sujetos que se genera una experiencia íntima de autoestima, esto es según cada uno de los autores mencionados con anterioridad y que retoman a la autoestima como experiencia personal. (Rodríguez, 1988), (Coopersmith, 1967), (Shuller, 1980), (Newcomb, 1980), (Coon, 1986), (Branden, 1988), (Delgado, 1969), (Blay, 1991), (Maslow, 1990).

En cuanto a los efectos que tiene la autoestima sobre la conducta, encontramos que en la relación interpersonal se ponen en juego los conceptos que con anterioridad se habían mencionado como autoestima, la conducta de respuestas asertivas y un *locus de causalidad* considerado como positivo a su experiencia personal.

Así pues, podemos concluir que: si se tiene algún trastorno biológico del cual el individuo se percata, es probable que existan deficiencias en relación con su

identidad; ahora bien, mientras más se conoce un individuo, más se va a aceptar y a tratar de aceptar a los demás, según ocurre con los pacientes de criptorquidia, al observar que el resultado es un amplio conocimiento de sí mismos y por lo tanto un mayor grado de aceptación ante los otros, y se da el proceso de aceptación por las constantes visitas al médico el cual le informa de manera precisa lo que ocurre con su cuerpo y como fué que llegó a el estado de su enfermedad y las consecuencias del tratamiento, ventajas y desventajas de este, así como también el sujeto mismo busca más alternativas de solución con opiniones de otros médicos, reafirmando constantemente el proceso ocurrido con su cuerpo, diagnóstico y tratamiento.

Es por esto que se ven más deficiencias en los pacientes en cuestión de estructura corporal, ya que podríamos atribuirselo al poco acercamiento que tienen con el médico en cuanto al origen de su patología, concretandose éstos únicamente a recibir tratamiento y controlarse los síntomas sin buscar más sobre su diagnóstico y tratamiento; y así tener un conocimiento pleno de sí mismos.

Así, podemos sugerir al médico que mientras más explícito sea con el paciente en cuestión de información de: el proceso salud-enfermedad, diagnóstico, tratamiento

y anatomía patológica, así como de las implicaciones de la enfermedad en otras áreas de su vida y actitudes al respecto, el paciente aumentará su capacidad de integrarse corporalmente.

En cuestión de respuestas asertivas y locus de control, encontramos que los pacientes con criptorquidia tienen un nivel más alto de respuestas inasertivas pero que no es exclusivo de este grupo ya que los sujetos sin enfermedad se encuentran en un nivel semejante, por lo que no podemos afirmar que la patología anatómica sea un factor determinante para la inasertividad de este grupo.

En conclusión general, podemos estar de acuerdo con todos los autores en base a lo que cada uno postula acerca de la noción de cuerpo, autoestima, autoaceptación, relaciones personales y asertividad.

Es importante que la psicología cada vez vaya teniendo mayores alcances, en cuestión de acción profesional, para dar este tipo de atención a los individuos que lo requieren en forma inmediata, y se logra básicamente estando en contacto directo con el médico, ya sea en consulta, interconsulta o bien al momento que se dá el diagnóstico al paciente y éste es explicado.

Es evidente que existe la necesidad de tratar al paciente en forma integral, para que al momento de subsanar la enfermedad física también se dé intervención de tipo psicológica en caso de que lo requiera (ya que puede interferir con el tratamiento y generarse patologías psicológicas como producto de la enfermedad y el tratamiento), es por ésto que es importante trabajar interdisciplinariamente conociendo el psicólogo lo que el médico realiza y viceversa, para así tener un amplio panorama de cómo está estructurado el paciente y con base en esta información poder dar excelente intervención por ambas partes.

Es por esto que, ya que el médico es el que está en contacto directo con los pacientes a nivel institucional, éste tenga los elementos necesarios para canalizar a un paciente a interconsulta psicológica y que, de alguna manera, se pueda predecir su conducta con base en los elementos que anteriormente se han expuesto. Ya que no todos los pacientes son considerados candidatos a consulta psicológica, pudiendo el médico dar una pequeña intervención, con asesoría del psicólogo, y ser depurador de la consulta real del mismo.

Comentarios: Es difícil recopilar una teoría que tenga como base principal la estructura corporal y la consecuencia de este tipo de estructura en todas las

demás esferas del desarrollo de un sujeto ya que es un aspecto poco estudiado en cada una de las corrientes psicológicas.

En el presente trabajo se presentan una serie de corrientes, en donde, de una manera muy particular cada una de ellas aborda diferentes rubros, ya sea imagen corporal, relaciones interpersonales, autoestima, etc.; pero conjuntar todas ellas o generar una nueva y dar una explicación congruente de cómo el sujeto experimenta determinados procesos psicológicos es algo que aún no se ha tomado en cuenta de lleno y que, sin embargo en la consulta psicológica, constantemente se están poniendo en juego términos como los que en el presente trabajo se están manejando.

La propuesta lógica es que, como psicólogos estudiemos los factores de causalidad entre noción de cuerpo y las consecuencias aparentemente lógicas que tendría sobre otras esferas del desarrollo psicológico; así como también conocer lo que ocurre biológica y funcionalmente en el sujeto para así poder tener un panorama más amplio en cuanto a expectativas conductuales y de procesos mentales.

OBRAS CITADAS

O B R A S C I T A D A S

- 1.- Blay, A. Personalidad y niveles superiores de conciencia. Ed. Indigo. Barcelona. (1991)
- 2.- Lapierre A. y otros El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia. Ed. Científico Médica. Barcelona. (1980).
- 3.- Fux, M. L. La formación del danzaterapeuta. Ed. Gedisa. Argentina. (1989)
- 4.- Op. Cit.
- 5.- Op. Cit.
- 6.- Op. Cit.
- 7.- Op. Cit.
- 8.- Evans, R. Diálogo con Erik Erikson. Ed. F.C.E México. (1975)

- 9.- Op. Cit.
- 10.- Doltó, F. La imagen inconsciente del cuerpo.
Ed. Paidós. España. (1986) p. 18
- 11.- Op. Cit. p. 19
- 12.- Rodríguez, M. y otros Autoestima: clave del éxito personal. Ed. Manual Moderno.
México. (1988).
- 13.- Coopersmith, S. The antecedents of self-esteem. Ed.
W.H. Freeman. San Francisco (1967)
- 14.- Shuller, R. Amor a si mismo: La clave dinámica del éxito Ed. V siglos. México.
(1980)
- 15.- Newcomb, T. Manual de psicología social. Ed.
Eudebia. Buenos Aires. (1950) p.22

- 16.- Coon, D. Introducción a la Psicología/Exploración y aplicación.
Ed. Sitsa. México. (1986)
- 17.- Branden, N. Como mejorar su autoestima.
Ed. Paidós, México. (1988)
- 18.- Delgado, H. Psicología. Ed. Científico Médica.
Barcelona. (1969)
- 19.- Op. Cit.
- 20.- Op. Cit.
- 21.- Op. Cit.
- 22.- Op. Cit.
- 23.- Op. Cit.
- 24.- Maslow, A. La amplitud potencial de la naturaleza humana. Ed. Trillas.
México. (1990)

25.- Op. Cit.

26.- Op. Cit. p. 38

27.- Op. Cit.

28.- Op. Cit.

29.- Op. Cit.

30.- Op. Cit.

31.- Op. Cit.

32.- Rotter, J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement En: Psychological review. An attributional theory of achievement motivation and emotion 1985, Vol 92 (4). (1966)

33.- Op. Cit.

- 34.- Rimm, D. Terapia de la conducta, Ed. Trillas.
México. (1990)
- 35.- Bednar, R. Self-Esteem; paradoxes and
innovations in clinical, theory and
practice. American Psychological
Association, Washington, D.C. (1989)
- 36.- Seligman, M. Human helplessness: Theory and
applications. Academic Press U.S.A.
(1980)
- 37.- Jahanshahi, M. y otros A longitudinal follow-up
study of depression, disability, and
body concept in torticollis. En:
Behavioral Neurology (Win), Vol. 3
(4). (1990)
- 38.- Paxton, S. Body image satisfaction, dieting
beliefs, and weight loss behaviors in
adolescent girls and boys. En:
Journal of youth and adolescent.

- 39.- Maguirre, P. Psychiatric problems after mastectomy.
(Jun) Vol. 20 (3). (1991)
En: Breast cancer: Psychosocial
aspects. Baltimore University. (1978)
- 40.- Op. Cit.
- 41.- Gritz E. y otros Long-term affects of testicular
cancer on marital relationships.
En: Sychosomatichs, Vol. 31 (3).
(1990)
- 42.- Op. Cit.
- 43.- Op. Cit.
- 44.- Tanagho, S. Urología general Ed. Manual Moderno.
México. (1988)
- 45.- Op. Cit.
- 46.- Walsh y otros Campbell Urología I Ed. Médica
Panamericana. Argentina. (1990)

47.- Op. Cit.

48.- Op. Cit.

49.- Rodin, G.

Psicoterapia en pacientes con
trastornos médicos crónicos. En:
Goldman, H. Psiquiatría General Ed.
Manual Moderno. México. (1989)

BIBLIOGRAFIA

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

- Bednar, R. Self-Esteem; paradoxes and innovations in clinical, theory and practice. American Psychological Association, Washington, D.C.(1989).
- Blay, A. Personalidad y niveles superiores de consciencia. Ed. Indigo. Barcelona. (1991)
- Branden, N. Como mejorar su autoestima. Ed. Paidós, México. (1988)
- Coon, D. Introducción a la Psicología/Exploración y aplicación. Ed. Sitesa. México. (1986)
- Coopersmith, S. The antecedents of self-esteem. Ed. W.H. Freeman. San Francisco. (1967)

- Delgado, H. Psicología. Ed. Científico Médica,
Barcelona. (1969)
- Doltó, F. La imagen inconsciente del cuerpo.
Ed. Paidós. España. (1986)
- Evans, R. Diálogo con Erik Erikson. Ed. F.C.E.
México. (1975)
- Fux, M. L. La formación del danzaterapeuta.
Ed. Cedis. Argentina. (1989)
- Gritz E. y otros Long-term affects of testicular
cáncer on martial relationships.
En: *sychosmatics*, Vol. 31 (3).
(1990)
- Jahanshahi, M. y otros A longitudinal fillow-up
study of depresion,disability,
and body concept in torticollis. En:
Behavioral Neurology (Win), Vol. 3
(4). (1990)

- Lapierre A. y otros El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia. Ed. Científico Médica. Barcelona. (1980).
- Maguirre, P. Psychiatric problems after mastectomy. En: Breast cancer: Psychosocial aspects on early detection and treatment. Baltimore University. (1978)
- Maslow, A. La amplitud potencial de la naturaleza humana. Ed. Trillas. México. (1990)
- Newcomb, T. Manual de psicología social. Ed. Eudebia, Buenos Aires. (1950)
- Paxton, S. Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. En: Journal of youth and adolescent. (Jun) Vol 20 (3). (1991)

- Rimm, D. Terapia de la conducta. Ed. Trillas. México. (1990).
- Rodin, G. Psicoterapia en pacientes con trastornos médicos crónicos. En: Goldman, H. Psiquiatría General Ed. Manual Moderno. México. (1989)
- Rodriguez, M. y otros Autoestima: clave del éxito personal Ed. Manual Moderno. México. (1988).
- Rotter, J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement En: Psychological review. An attributional theory of achievement motivation and emotion 1985, Vol 92 (4). (1966).
- Seligman, M. Human helplessness: Theory and applications. Academic Press U.S.A. (1980)

Schuller, R. Amor a si mismo: La clave dinámica del éxito Ed. V siglos. México. (1980)

Tanagho, S. Urología general Ed. Manual Moderno. México. (1988).

Walsh y otros Campbell Urología I Ed. Médica Panamericana. Argentina. (1990)

A N E X O S

E N T R E V I S T A

NOMBRE: _____

EXPEDIENTE: _____

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

- 1.- Para ud. ¿Qué es estar sano?
- 2.- ¿Cuáles son las características de alguien sano?
- 3.- Para ud. ¿Qué es estar enfermo?
- 4.- ¿Cómo es alguien que está enfermo?
- 5.- ¿Por qué causas la gente se enferma?
- 6.- ¿Qué acostumbra Ud. desayunar?
- 7.- ¿Qué acostumbra Ud. comer?
- 8.- ¿Qué acostumbra Ud. cenar?
- 9.- ¿Qué come entre comidas?
- 10.- ¿Qué otra cosa hace mientras come entre comidas?
- 11.- ¿Fuma?
- 12.- ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad?
- 13.- ¿Bebe?

- 14.- ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad?
- 15.- ¿Cuántas horas duerme diariamente?
- 16.- ¿Actualmente toma algún medicamento?
- 17.- ¿Cuál?
- 18.- ¿Con qué finalidad?
- 19.- ¿Lo toma bajo prescripción médica?
- 20.- ¿Realiza ejercicio o practica algún deporte?
- 21.- ¿Cuál?
- 22.- ¿Con qué frecuencia?
- 23.- ¿Hasta qué año estudio?
- 24.- Actualmente, ¿A qué se dedica?
- 25.- ¿Qué hace en su tiempo libre?
- 26.- ¿Con quién vive?
- 27.- ¿A qué se dedican cada una de las personas con quien Ud. vive?
- 28.- ¿Sus padres sufrieron o han sufrido algún tipo de enfermedad crónica?
- 29.- ¿Cuál?
- 30.- ¿Actualmente viven?
- 31.- ¿Padecen de algo? (si)
- 32.- ¿De qué murieron? (no)
- 33.- ¿Sabe ud. si sus abuelos sufrieron alguna enfermedad crónica?
- 34.- ¿Cuál?

- 35.- ¿De que murieron?
- 36.- ¿Qué enfermedades recuerda haber tenido desde pequeño a la fecha?
- 37.- ¿Sabe ud. por qué le daban esas enfermedades?
- 38.- ¿Sabe ud. cuál es la enfermedad que tenía o tiene?
- 39.- ¿Cuáles son las causas de dicha enfermedad? *
- 40.- ¿Conoce las consecuencias biológicas de esta enfermedad?
- 41.- ¿Desde cuando se percató del problema que tenía?
- 42.- ¿Cómo reaccionó?
- 43.- ¿Cómo recuerda que reaccionó cuando el Urólogo le dijo acerca de su padecimiento?
- 44.- ¿Qué sintió en ese momento?
- 45.- ¿Qué pensó en ese momento?
- 46.- ¿Qué sintió tiempo después? (1 semana - 1 mes)
- 47.- ¿Qué pensó tiempo después? (1 semana - 1 mes)
- 48.- ¿Quién fue a la primera persona a la que le comentó lo que sucedía exactamente con su cuerpo?
- 49.- ¿Por qué?
- 50.- ¿A quién más se lo comentó?
- 51.- ¿Por qué?

- 52.- ¿Qué le dijeron?
- 53.- ¿Cómo se sintió?
- 54.- ¿Actualmente que piensa acerca de su condición?
- 55.- ¿Cuál ha sido el cambio más importante?
- 56.- ¿Qué piensa de estos cambios que ha tenido?
- 57.- ¿La gente que sabe de su problema qué cree que piensan de ud.?
- 58.- ¿Cómo ha tratado ud. a esas personas, cambió el trato?
- 59.- ¿Ellas han cambiado el trato hacia ud. a raíz de este problema?
- 60.- ¿Hace algo por ocultar su condición?
- 61.- ¿Qué hace cuando alguien sabe o se entera de lo que le pasa?
- 62.- Desde que se enteró de su problema, ¿Ha fumado más?
- 63.- ¿Ha bebido más?
- 64.- ¿Tiene alguna otra adicción? (Droga o comedor compulsivo)
- 65.- ¿Cómo piensa que lo ven las mujeres ahora sexualmente?
- 66.- ¿En qué ha cambiado de cómo lo veían antes?
- 67.- ¿Cómo es la relación con su actual pareja?
- 68.- Y antes, ¿Cómo era?

- 69.- ¿Ha cambiado de alguna manera su forma de ser hacia ellas?
- 70.- ¿Cómo era antes? (seguridad personal, asertividad)
- 71.- ¿Cómo ha sido después? (seguridad personal, asertividad)
- 72.- ¿Ha tenido relaciones sexuales?
- 73.- ¿Desde cuándo?
- 74.- ¿Qué pensó ud. mismo la primera vez que tuvo relaciones sexuales?
- 75.- ¿Había algo que le angustiara?
- 76.- ¿Qué era?
- 77.- ¿Había algo que le molestara?
- 78.- ¿Qué era?
- 79.- ¿Qué comentarios tuvo por parte por parte de su pareja al término de ésta?
- 80.- ¿Cómo se sintió con esos comentarios?
- 81.- Actualmente, ¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales?
- 82.- ¿Con quién?
- 83.- ¿Cómo se siente con el ritmo de vida que ha llevado hasta ahorita?
- 84.- ¿Qué le gustaría cambiar de su vida sexual?
- 85.- ¿Por qué?

- 86.- ¿Ha tenido relaciones sexuales? (no)
- 87.- ¿Por qué?
- 88.- ¿Ha tenido intentos?
- 89.- ¿Desde cuándo han sido estos intentos?
- 90.- ¿Cómo han sido?
- 91.- ¿Qué ha comentado con su pareja al respecto?
- 92.- ¿Ud. que piensa de estos comentarios?
- 93.- ¿Cómo es su actividad sexual? (juegos,
masturbaciones, fantasías)
- 94.- ¿Cuáles son las condiciones óptimas, o los
requisitos ideales para llevar a cabo una
relación sexual?
- 95.- ¿Cómo tiene que ser un hombre para llevar a
cabo una relación sexual satisfactoria para él
y para su pareja?
- 96.- ¿Cómo es la imagen de un hombre ideal?
- 97.- En cuanto a trato, ¿Cómo sería un hombre ideal?
- 98.- ¿En qué se parece Ud. a ese hombre descrito
anteriormente?
- 99.- ¿En que se diferencia?
- 100.- ¿Cómo cree que tenga que ser o que tiene que
hacer para poder llegar a ser como ese hombre
ideal?

- 101.- En forma de pensar, ¿Qué modificaría con respecto a su hombre ideal?
- 102.- Físicamente, ¿Le gusta cómo es?
- 103.- ¿Le agrada verse desnudo?
- 104.- ¿Qué modificaría físicamente en ud. para llegar a ser como su hombre ideal?
- 105.- ¿A ud. le gusta cómo es ud.?
- 106.- ¿Por qué?
- 107.- ¿Le gusta cómo se lleva con los demás?
- 108.- ¿Por qué?
- 109.- ¿Qué cambiaría?
- 110.- ¿Le gusta cómo lo tratan los demás?
- 111.- ¿Por qué?
- 112.- ¿Qué cambiaría?
- 113.- ¿Cuál piensa que es su misión en la vida?
- 114.- ¿Qué está haciendo para lograr esa misión?
- 115.- ¿Cómo es su pareja ideal?
- 116.- ¿Su actual pareja cubre los requisitos de su ideal?
- 117.- ¿En qué es diferente?
- 118.- ¿En qué es igual?

CÓDIGO DE PREGUNTAS

1 a la 27	Hábitos y estilo de vida
28 a la 43	Proceso salud-enfermedad
44 a la 71	Autoimagen, relación interpersonal
72 a la 85	Ejercicio de la sexualidad en forma activa
86 a la 95	Ejercicio de la sexualidad en forma pasiva
96 a la 106	Autoimagen y autoestima
107 a la 118	Relación interpersonal y de pareja

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD

Las siguientes preguntas le ayudarán a evaluar su asertividad. Sea sincero en sus respuestas y encierre en un círculo el número que mejor lo describa a Ud.

El significado de los números es el siguiente:

0 significa no o nunca.

1 significa algo o algunas veces.

2 significa promedio.

3 significa con frecuencia o una buena cantidad.

4 significa prácticamente siempre o enteramente.

- 1.- Cuando Ud. considera que una persona está siendo muy injusta o desleal con Ud., ¿le llama la atención por ello?-----0 1 2 3 4
- 2.- ¿Le cuesta trabajo tomar decisiones?-----0 1 2 3 4
- 3.- ¿Puede Ud. ser abiertamente crítico acerca de las ideas, las opiniones, o la conducta de otra persona?-----0 1 2 3 4
- 4.- ¿Protesta Ud. cuando alguien se le adelanta a Ud. en la fila?-----0 1 2 3 4

- 5.- ¿A menudo evita gente o situaciones que le producen miedo o sentirse embarazoso?-----0 1 2 3 4
- 6.- ¿Con frecuencia tiene confianza en sus propios juicios?-----0 1 2 3 4
- 7.- ¿Piensa Ud. que las tareas domésticas están repartidas justa y equitativamente entre Ud. y su cónyuge o compañero(a)?-----0 1 2 3 4
- 8.- ¿Tiene Ud. tendencia a salirse de sus cabales?
-----0 1 2 3 4
- 9.- Cuando un vendedor insiste en venderle algo, ¿le cuesta trabajo decir que no, a pesar de que el producto no es lo que Ud. realmente desea?-----0 1 2 3 4
- 10.- Cuando Ud. está en una tienda esperando a que le atiendan y llega otra persona después de Ud. y la atienden primero a ella que a Ud., ¿llama Ud. la atención al vendedor por ello?-----0 1 2 3 4
- 11.- ¿Es Ud. renuente a participar en un debate o en una discusión?-----0 1 2 3 4
- 12.- Si Ud. le ha prestado a alguna persona dinero (o un libro o una prenda de vestir o algún otro objeto de valor) y esta persona ha tardado en regresárselo, le llama Ud. ¿le atención por ello?-----0 1 2 3 4

- 13.- ¿Continua defendiendo un argumento a pesar de que su interlocutor ha defendido suficientemente el suyo?--
-----0 1 2 3 4
- 14.- ¿Generalmente Ud. expresa lo que siente?---0 1 2 3 4
- 15.- ¿Se siente Ud. perturbado si alguien le observa mientras trabaja?-----0 1 2 3 4
- 16.- En el cine, si la persona que está detrás de Ud. insistentemente golpea su silla, ¿Ud. le llama la atención para que deje de acerlo?-----0 1 2 3 4
- 17.- ¿Le cuesta trabajo mantener contacto visual con otra persona cuando habla con ella?-----0 1 2 3 4
- 18.- En un buen restaurante, si su comida está mal preparada o mal servida, ¿le pide Ud. al mesero que corrija la situación?-----0 1 2 3 4
- 19.- ¿Cuando Ud. descubre que la mercancía que compró está defectuosa, la regresa para que la cambien?----
-----0 1 2 3 4
- 20.- ¿Manifiesta su ira con groserías u obsenidades?----
-----0 1 2 3 4
- 21.- ¿Trata de ser un adorno o un mueble más en situaciones sociales?-----0 1 2 3 4
- 22.- ¿Le insiste Ud. a su casero para que le haga las reparaciones que sean de su responsabilidad?-----
-----0 1 2 3 4

- 23.- ¿A menudo Ud. se involucra en las decisiones de los demás hasta llegar a tomar decisiones por ellos?----
-----0 1 2 3 4
- 24.- ¿Es Ud. capaz de pedir a sus amigos algún pequeño favor o ayuda?-----0 1 2 3 4
- 25.- ¿Es Ud. capaz de expresar amor o afecto?---0 1 2 3 4
- 26.- ¿Piensa Ud. que siempre tiene la razón?----0 1 2 3 4
- 27.- Cuando no está de acuerdo con una persona a la que Ud. respeta, ¿es capaz de argüirlo o presentarle su punto de vista?-----0 1 2 3 4
- 28.- ¿Es capaz Ud. de rehusarse a hacerle un favor a un amigo si Ud. no desea hacer lo que le piden?-----
-----0 1 2 3 4
- 29.- ¿Le cuesta trabajo dar un cumplido o alabar a otra persona?-----0 1 2 3 4
- 30.- Si Ud. no fuma y le molesta que otros fumen cerca de Ud., ¿puede Ud. decirle a otra persona que le molesta que fumen cerca?-----0 1 2 3 4
- 31.- ¿Grita Ud. a los demás o los amenaza para que hagan lo que Ud. desea?-----0 1 2 3 4
- 32.- ¿Interrumpe a otros para terminar las frases que ellos comenzaron?-----0 1 2 3 4
- 33.- ¿Se pelea físicamente con otras personas?--0 1 2 3 4

- 34.- Durante las horas de comida ¿domina Ud. la conversación?-----0 1 2 3 4
- 35.- Cuando conoce a un extraño, ¿es Ud. el primero en iniciar la conversación?-----0 1 2 3 4
- 36.- ¿Dá un cumplido o alaba a otra persona cuando hace algo que Ud. aprecia?-----0 1 2 3 4
- 37.- ¿Dice *lo siento* una gran parte del día aunque Ud. realmente no cree que debe hacerlo?-----0 1 2 3 4
- 38.- ¿Puede Ud. decirle a alguien desinteresadamente que no le gusta lo que está haciendo?-----0 1 2 3 4
- 39.- ¿Usualmente Ud. trata de evitar gente autoritaria?-----0 1 2 3 4
- 40.- ¿Usualmente se conduce a sí mismo de acuerdo a sus propias opiniones?-----0 1 2 3 4
- 41.- ¿Cuando recibe un cumplido tiende a considerarlo una exageración?-----0 1 2 3 4
- 42.- Si una persona lo está criticando a Ud. injustamente, ¿puede Ud. defenderse verbalmente en lugar de golpear a la persona, retirarse de la situación guardándose la ira y el malestar?-----0 1 2 3 4
- 43.- ¿Puede Ud. decir cosas que quiere de sí mismo enfrente de otras personas?-----0 1 2 3 4

TABLA I
RESULTADOS PROMEDIO DE CADA UNO DE LOS ASPECTOS
EN LA APLICACION DEL INVENTARIO MULTIFASICO
DE LA PERSONALIDAD(MMPI) A LA PSICOPATOLOGIA
EN CADA UNO DE LOS GRUPOS DEL ESTUDIO.

ASPECTO	SIN ENFERMEDAD	LITIABIS	CRIPTOR- QUIDIA	X2
Hipocondriasis	12.35	15.70	18.45	2.4084
Depresión	13.90	20.65	11.95	* 5.3787
Histeria	15.50	16.75	14.25	.4032
Personalidad psicopática	14.50	15.70	16.30	.2168
Masculinidad- feminidad	21.25	13.70	11.65	*6.4497
Paranoia	13.30	15.45	17.75	1.2781
Obsesivo-compulsivo	12.55	18.15	15.80	2.0406
Esquizofrenia	8.70	17.40	20.40	*9.5303
Mania	12.35	14.75	19.40	3.3155
Interacción social	15.80	16.55	14.15	.3890

* P < 0.05

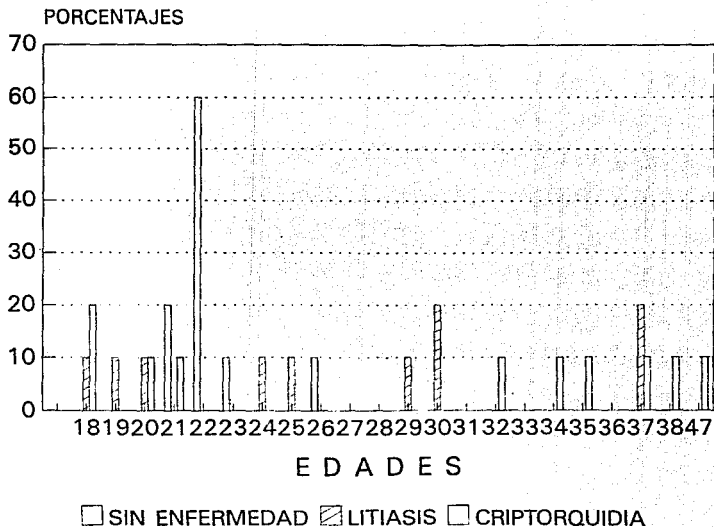
TABLA II

RESULTADOS PROMEDIO DE CADA UNO DE LOS ASPECTOS DEL INVENTARIO DE ASERTIVIDAD APLICADO A LOS GRUPOS.

ASPECTO	SIN ENFERMEDAD	LITIASIS	CRIPTOR- QUIDIA	X2
Expresión de sentimientos negativos.	15.50	13.55	17.45	.9813
Expresión de opiniones.	19.35	12.65	14.50	.2133
Defensa de derechos	13.40	14.95	18.15	1.5142
Evitación de conflictos	17.40	12.05	17.05	2.3116
Sentimiento de justicia	17.50	14.90	14.10	.8155
Agresividad	14.95	14.45	17.10	.5116
Rechazo de demandas	16.70	15.85	13.95	.5116
Miedo a la crítica	14.95	15.15	16.40	.1594
Habilidades físicas	19.00	15.10	12.40	2.8413
Autoaceptación	18.00	15.05	13.45	1.3748

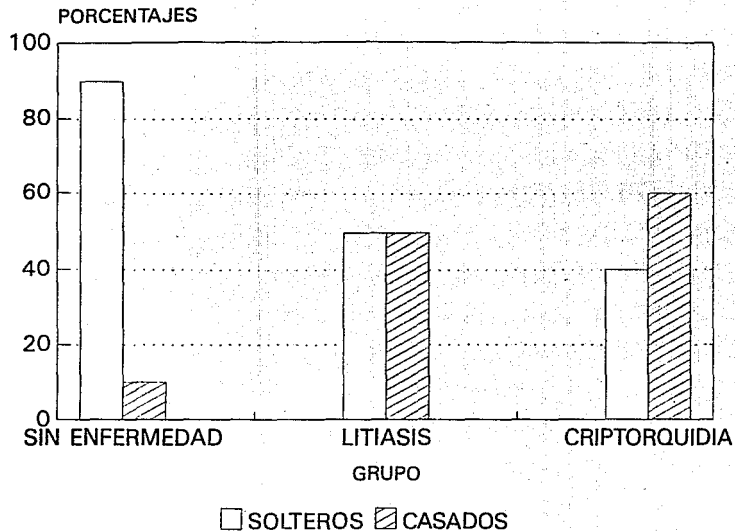
RANGO DE EDADES SEGUN GRUPOS

FIGURA 1



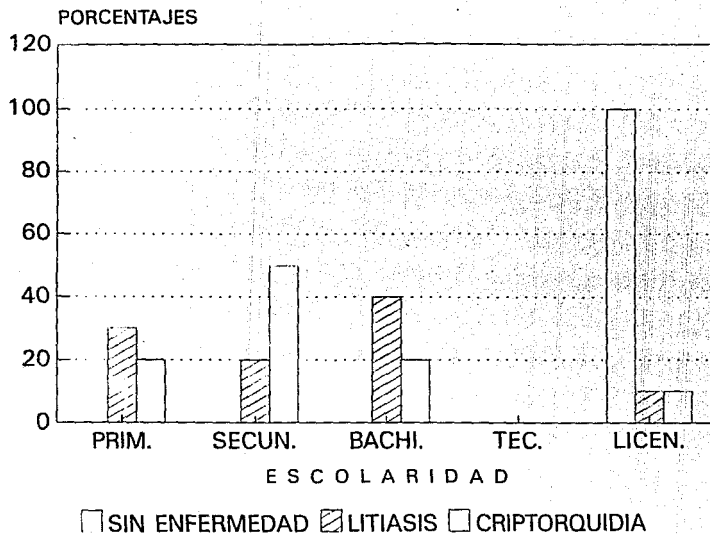
ESTADO CIVIL SEGUN GRUPOS

FIGURA 2



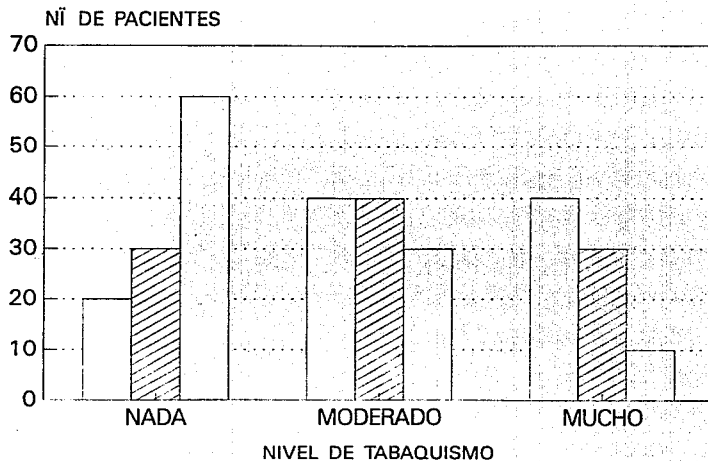
NIVEL ACADEMICO SEGUN GRUPOS

FIGURA 3



TABAQUISMO POR GRUPOS

FIGURA 4

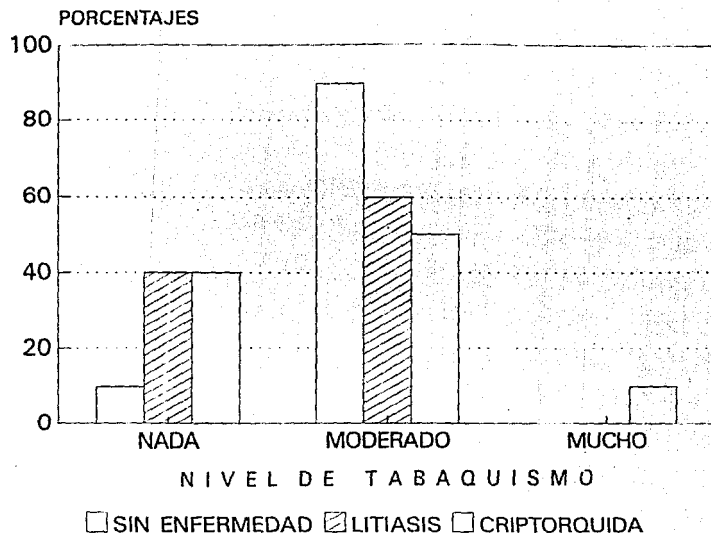


□ SIN ENFERMEDAD ▨ LITIASIS □ CRIPTORQUIDIA

2-3 DIARIOS MODERADO, 1 CAJETILLA MUCHO.

ALCOHOLISMO POR GRUPOS

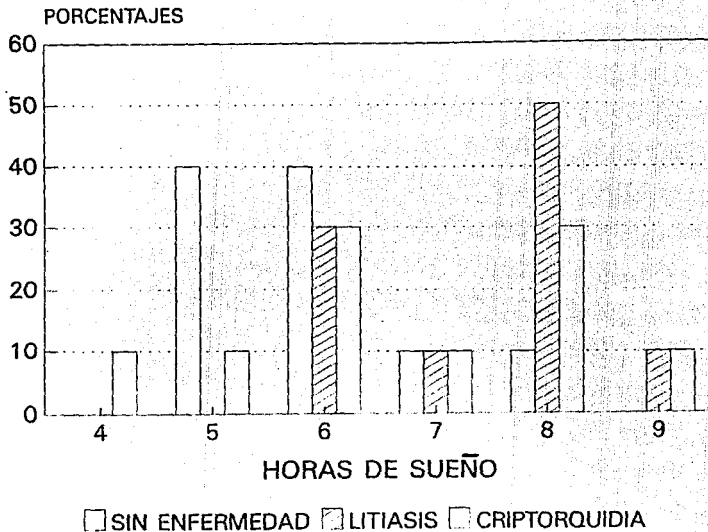
FIGURA 5



MODERADO: 2-3 SEMANA MUCHO: 2-3 DIARIO

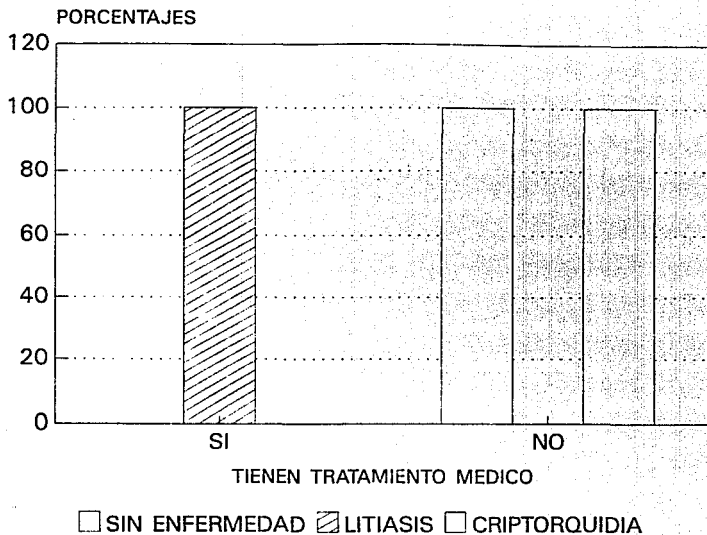
HORAS DE SUEÑO

FIGURA 6



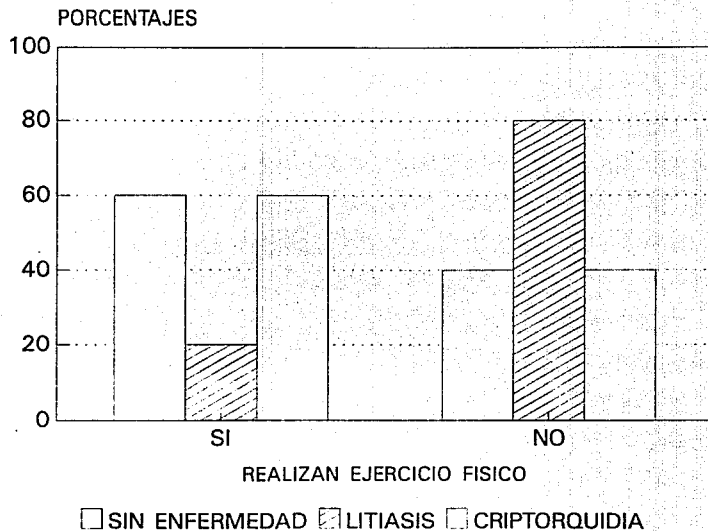
TRATAMIENTO MEDICO

FIGURA 7



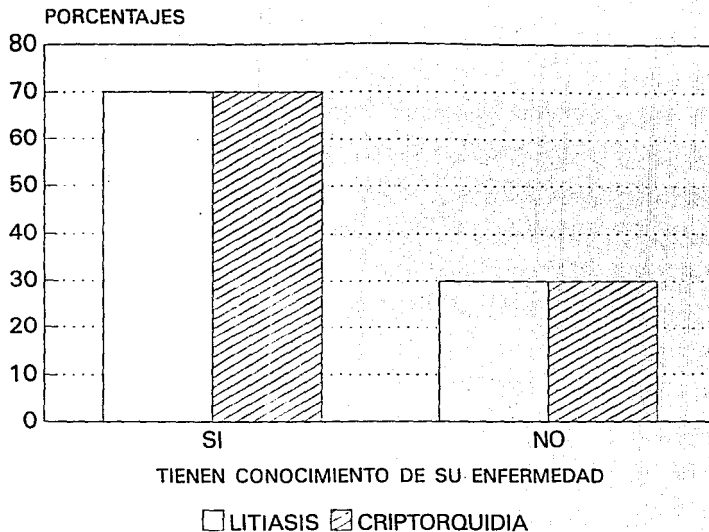
REALIZA EJERCICIO FISICO

FIGURA 8



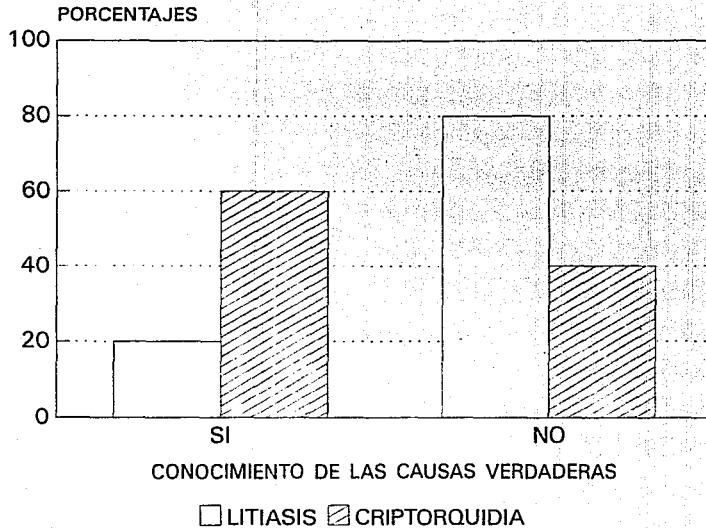
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

FIGURA 9



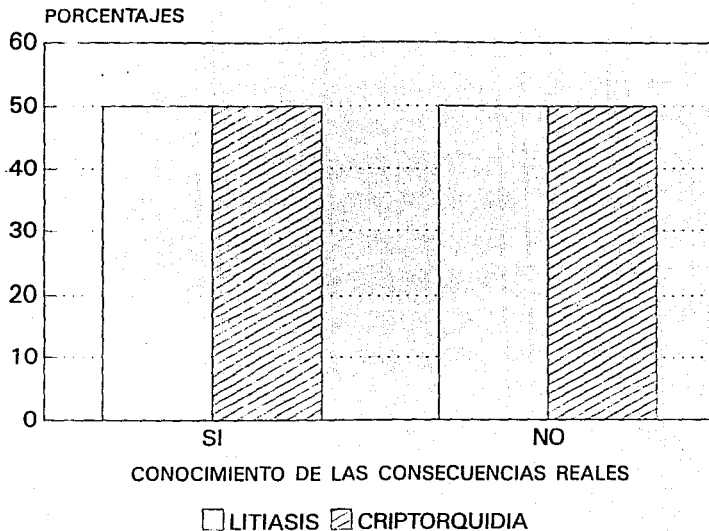
CAUSAS REALES

FIGURA 10



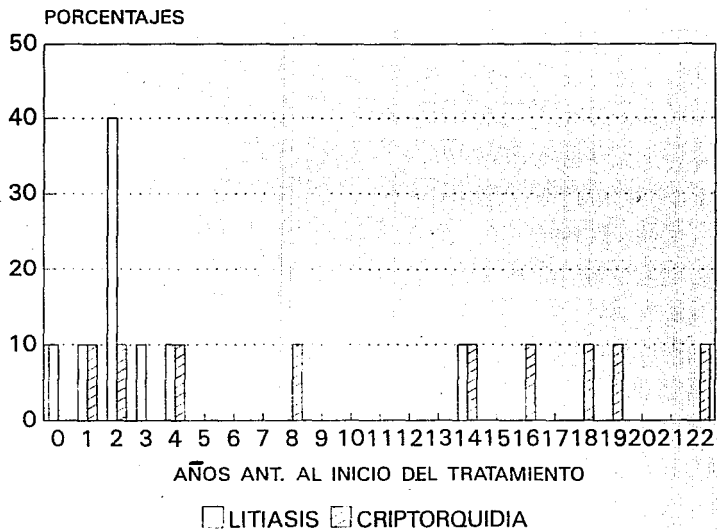
CONOCIMIENTO DE LAS CONSECUENCIAS

FIGURA 11



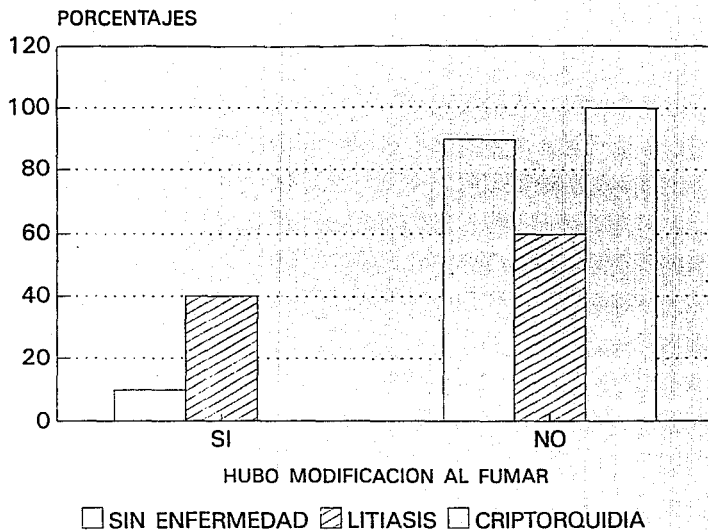
AÑOS ATRAS AL TRATAMIENTO

FIGURA 12



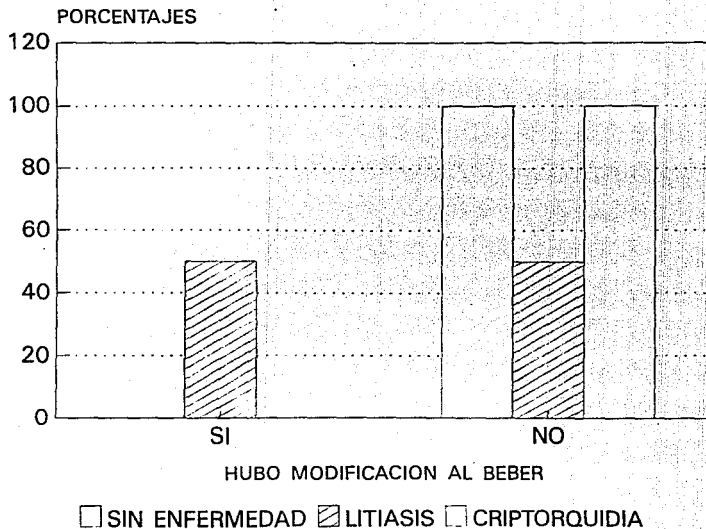
MODIFICACION AL FUMAR

FIGURA 13



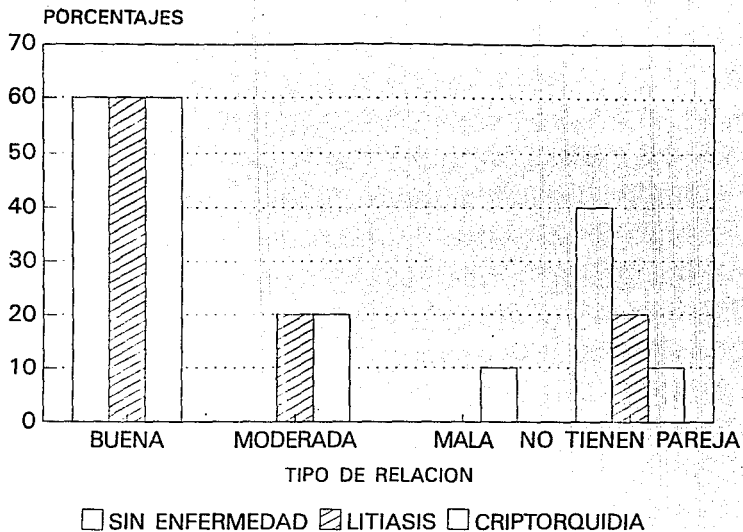
MODIFICACION AL BEBER

FIGURA 14



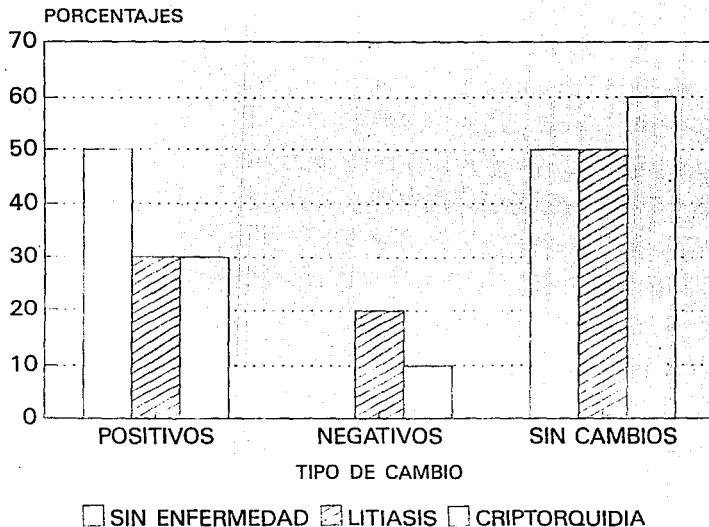
RELACION CON LA PAREJA

FIGURA 15



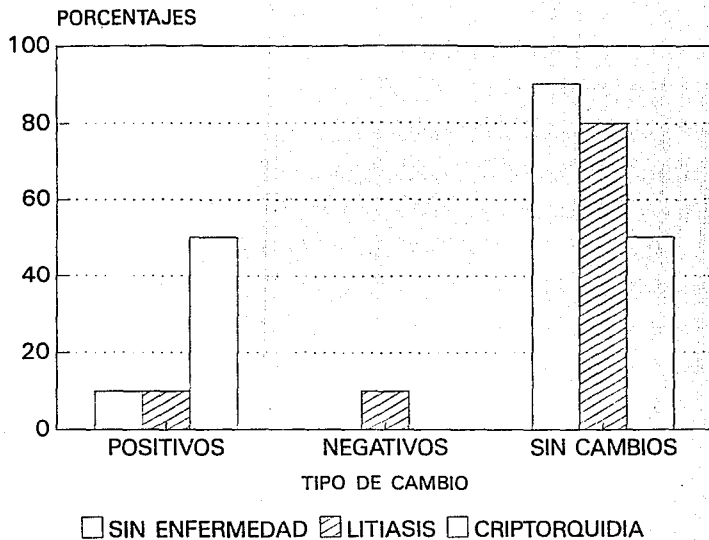
CAMBIOS EN LA RELACION CON LA PAREJA

FIGURA 16



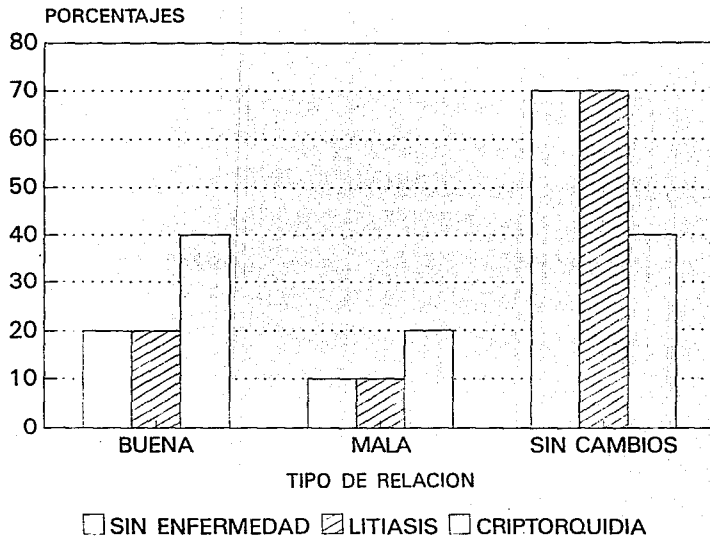
CAMBIO DE COND. HACIA EL GENERO FEMENINO

FIGURA 17



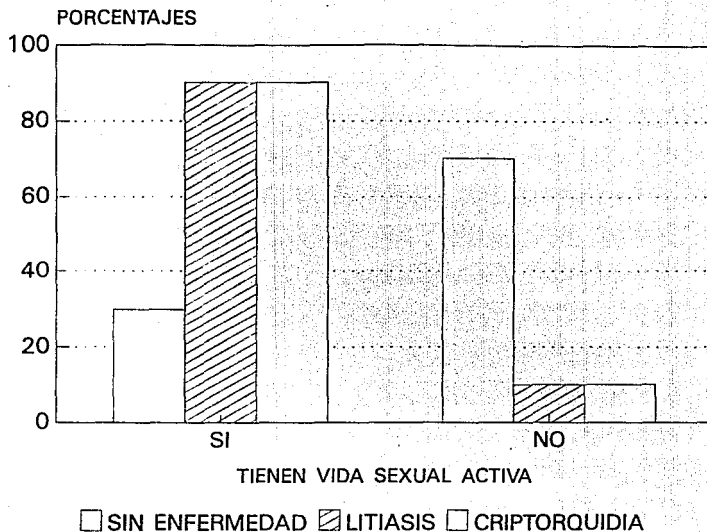
RELACION ACTUAL CON EL GEN. FEMENINO

FIGURA 18



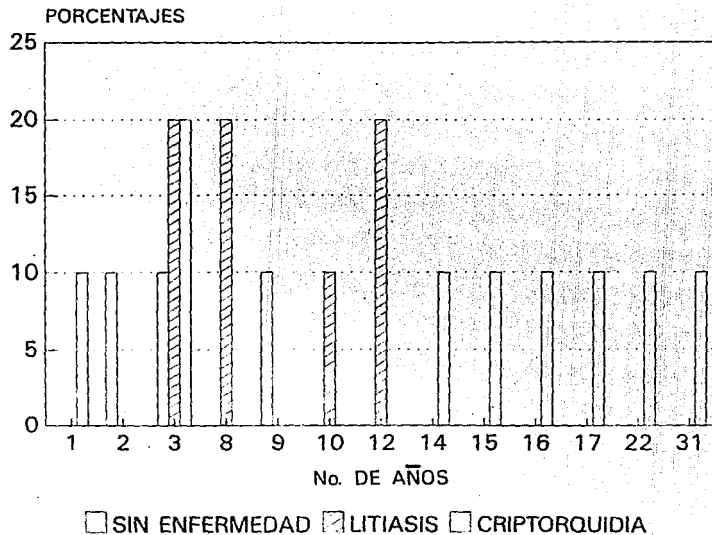
VIDA SEXUAL ACTIVA

FIGURA 19



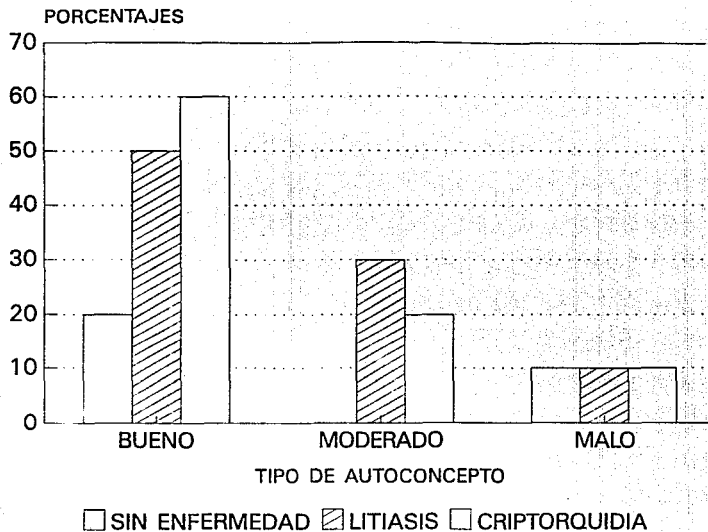
DESDE CUÁNDO EL INICIO DE VIDA SEXUAL

FIGURA 20



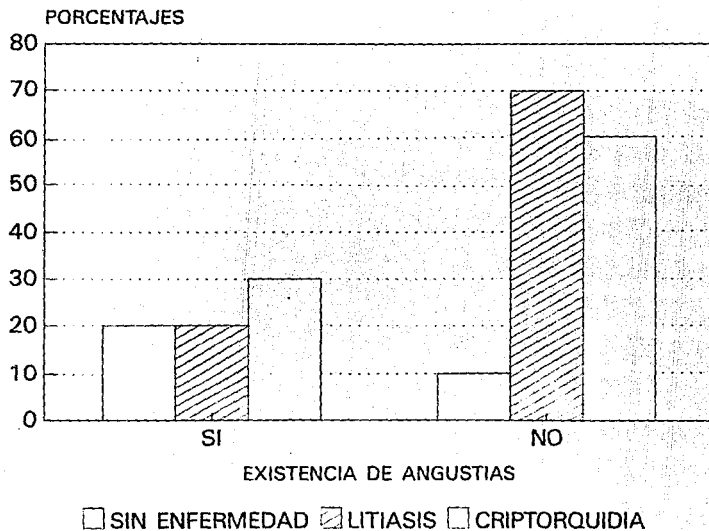
AUTOCONCEPTO AL INICIO DE VIDA SEXUAL

FIGURA 21



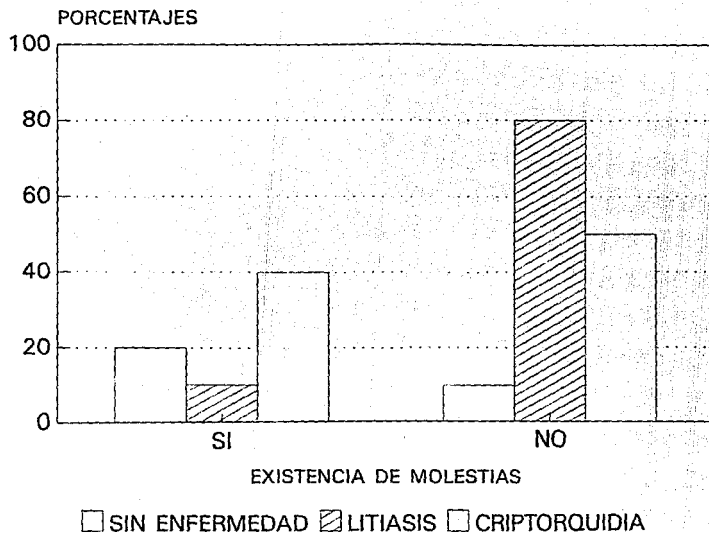
ANGUSTIAS AL INICIO DE VIDA SEXUAL

FIGURA 22



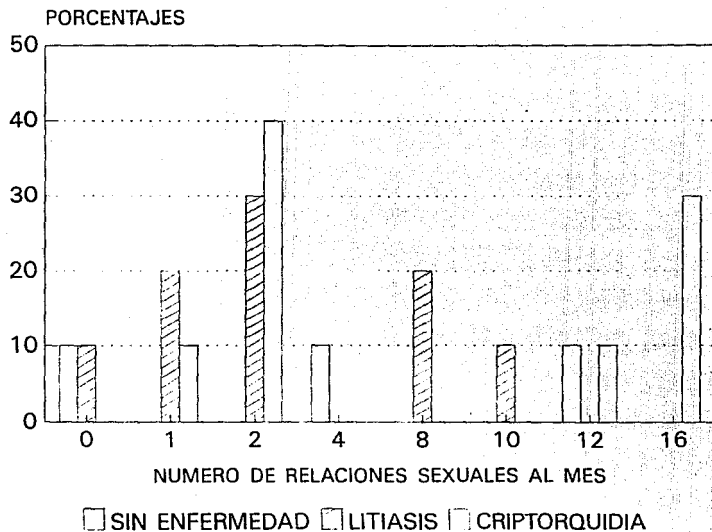
MOLESTIAS AL INICIO DE VIDA SEXUAL

FIGURA 23



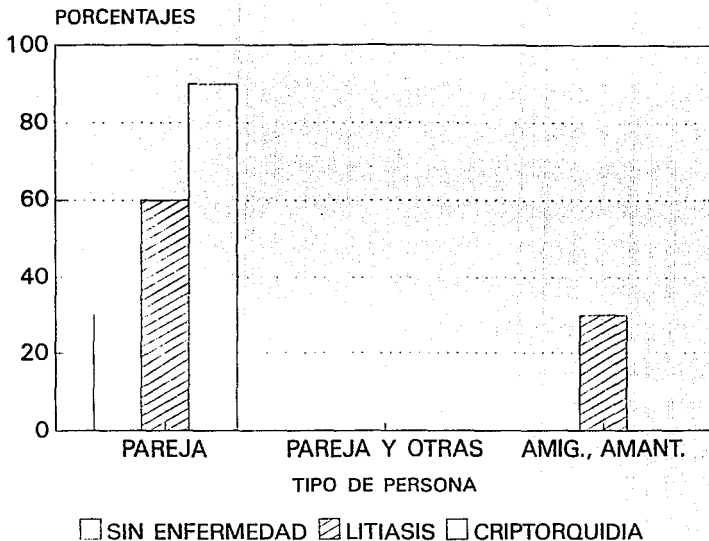
No. DE RELACIONES SEXUALES AL MES

FIGURA 24



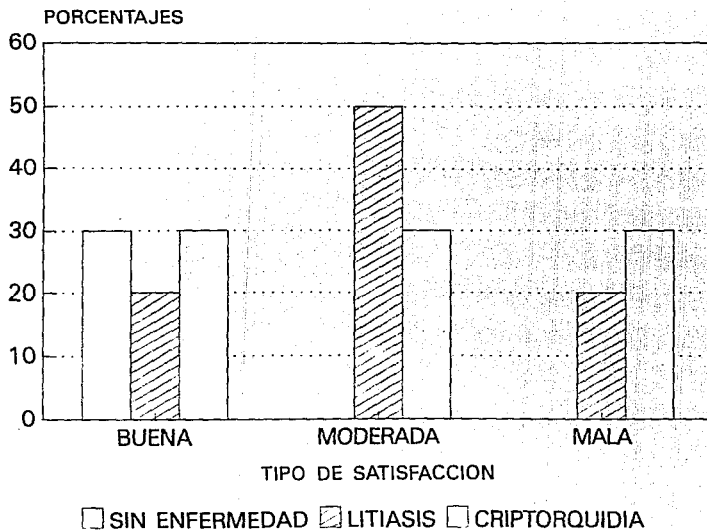
PERSONA CON QUIEN EJERCEN SU SEXUALIDAD

FIGURA 25



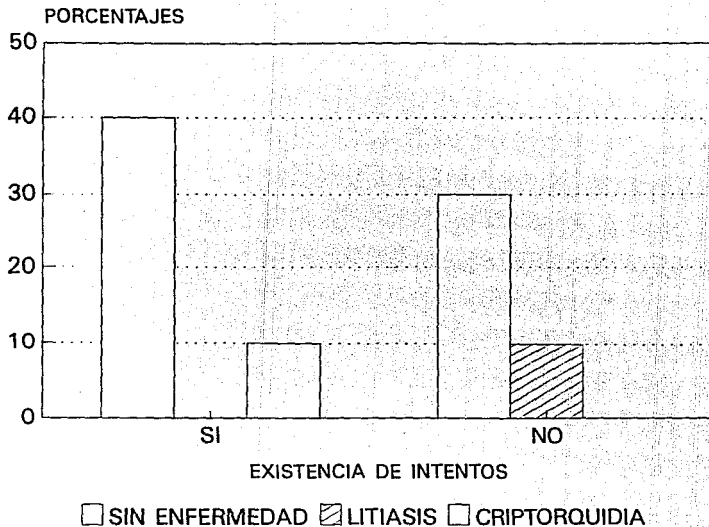
SATISFACCION DE SU VIDA SEXUAL

FIGURA 26



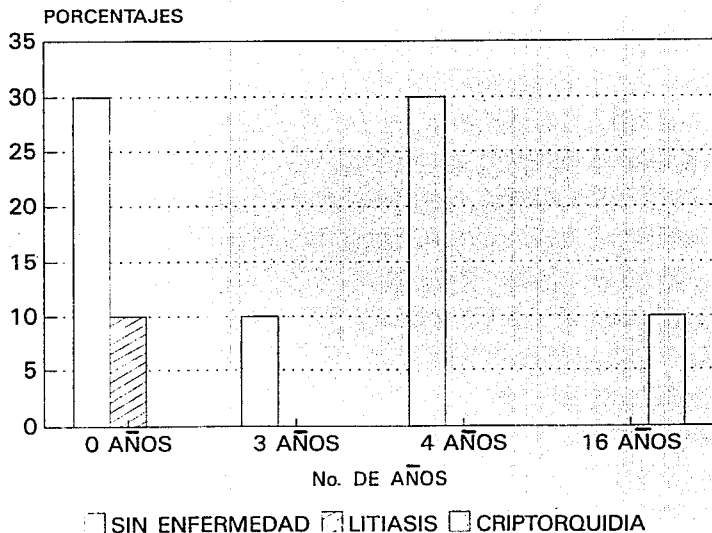
INTENTOS DE LLEVAR VIDA SEXUAL

FIGURA 27



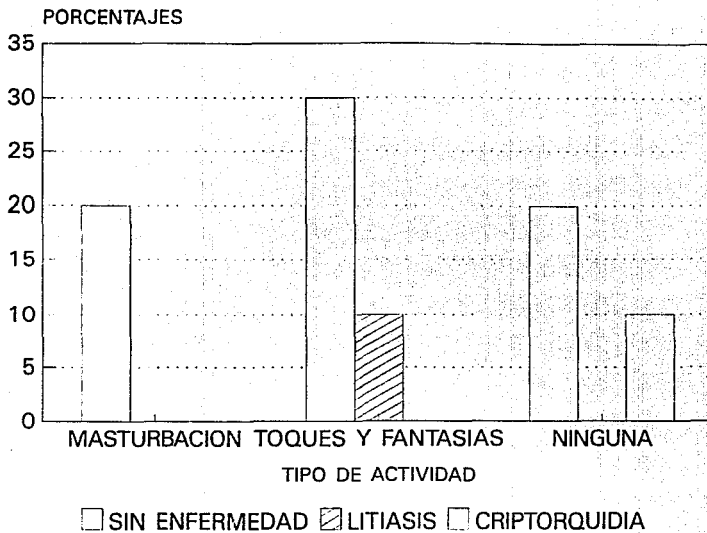
DESDE CUANDO LOS INTENTOS DE VIDA SEXUAL

FIGURA 28



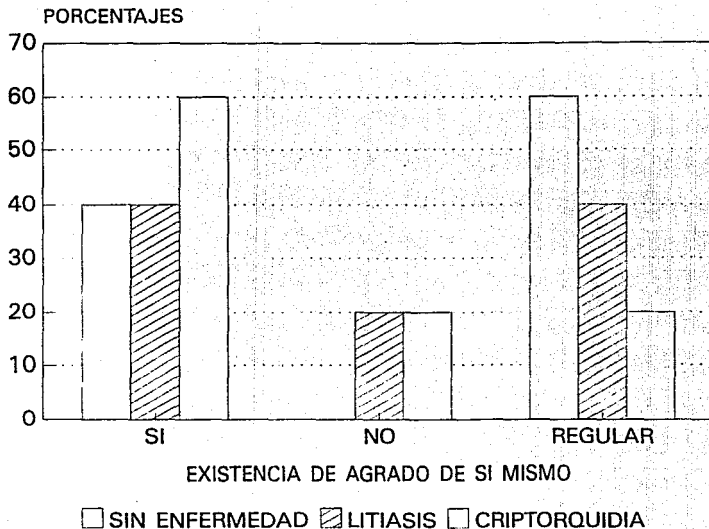
OTRA ACTIVIDAD SEXUAL

FIGURA 29



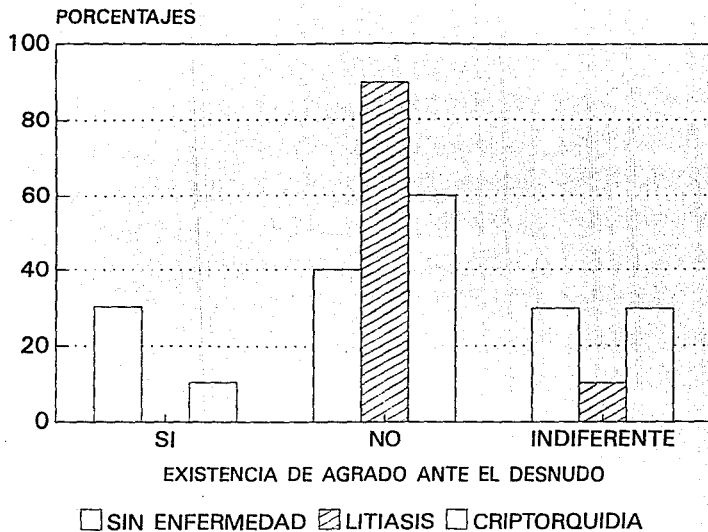
AGRADO FISICO DE SI MISMO

FIGURA 30



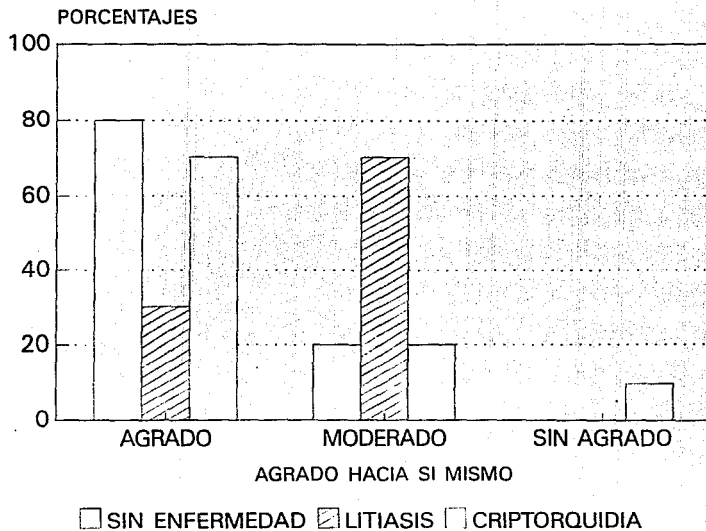
AGRADO ANTE SU DESNUDO

FIGURA 31



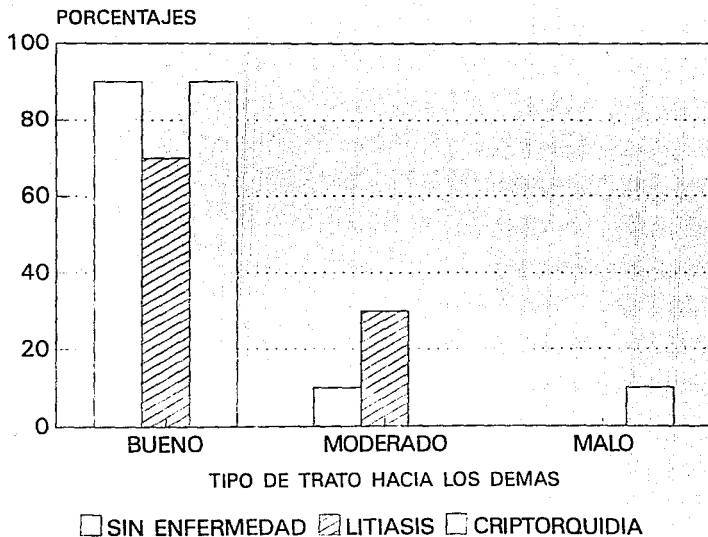
AGRADO SINCRETICO DE SI

FIGURA 32



AGRADO DEL TRATO DE EL HACIA LOS DEMAS

FIGURA 33



AGRADO DEL TRATO DE LOS DEMAS HACIA EL

FIGURA 34

