

110
2el.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON
SÍNDROME DE COLÓN IRRITABLE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
PATRICIA GARCÍA ISLAS

TITULAR: MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA
ASESOR ESTADÍSTICO: DR. ARTURO RUIZ CRUZ



MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y Hermanos: porque gracias a su apoyo y consejo he llegado a realizar una de mis metas más anheladas “gracias”.

A mi tía, Juana García.- Por su gran motivación y alegría en los momentos más difíciles de mi vida.

Al Proyecto, para optimizar la profesionalización del psicólogo Clínico.- Por su participación en mi formación profesional. En especial a la Dra. Bonni Blum por su apoyo y paciencia.

Al Lic. Jorge Alvarez Martinez y a la DGAPA.-- Por su apoyo económico para poder realizar esta investigación.

Al Hospital Central Norte, Petróleos Mexicanos.- Por las facilidades otorgadas para realizar esta investigación; y muy en especial al Dr. Manuel Marañón Sepulveda, Carmen Yañez Montes y al Dr. Elmer Ocaña Andrade; gracias por la confianza y apoyo que siempre me brindaron.

Al Hospital Central Sur de Alta especialidad, Petróleos Mexicanos. Por las facilidades otorgadas para realizar mis practicas profesionales y servicio social.

A la Mtra. Maria Cristina Heredia Ancona.- De quien he recibido ejemplo, estímulo, orientación y apoyo a lo largo de toda mi carrera. Por su paciencia y dedicación al dirigir esta investigación, y ante todo por brindarme su amistad incondicional.

A la Lic. Eva Esparza Meza.- Gracias por tu comprensión y ayuda en los momentos más difíciles en mi carrera profesional, por creer en mí y estimularme a seguir adelante, pero sobre todo por tu gran amistad.

Al Dr. Arturo Ruíz Cruz.- Al gran amigo de quien he recibido lo mejor de su amistad; gracias por apoyarme y escucharme ; por esos consejos que me has brindado y que he tomado mucho en cuenta, por tu tiempo, paciencia y dedicación al asesorar esta investigación "gracias".

A la Dra. América Arroyo.- Por su participación en la elaboración de esta investigación: gracias por su tiempo y apoyo incondicional.

Al Dr. Armando Valencia Romero : Gracias por tu tiempo, atención, ayuda, consejo y cariño en los momentos difíciles; por creer en mi capacidad profesional y sobre todo por los lazos de nuestra amistad.

A mis grandes amigos.- que gracias a dios cuento con varios. A cada uno de ellos gracias por su confianza, apoyo, alegría, tiempo y sobre todo por la gran amistad que me han brindado.

ÍNDICE

CAPITULO 1	
ANTECEDENTES.....	5
CAPITULO II	
ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.....	10
2.1 Problemas sociales en la enfermedad psicosomática	17
CAPITULO III	
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	
3.1 Depresión.....	20
3.2 Ansiedad.....	26
3.3 Estrés.....	32
CAPITULO IV	
SÍNDROME DE COLON IRRITABLE	
4.1 Aspecto médico.....	35
4.2 Aspecto psicológico.....	38
CAPITULO V	
INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA	
MMPI-2.	
Antecedentes.....	43
Escala.....	52
CAPITULO VI	
Metodología.....	65
CAPITULO VII	
Resultados.....	75
CAPITULO VIII	
Discusión y Conclusión.....	83

CAPITULO VIX	
Limitaciones y Sugerencias.....	97
Bibliografia.....	99
Anexos.....	107

RESUMEN

El Síndrome de Colon Irritable es una de las enfermedades más frecuentes que es vista por el médico. En diversos estudios se menciona la existencia de un factor psicológico predisponente para la génesis de este padecimiento encontrando una relación entre características psicológicas (depresión, ansiedad, estrés etc.) y síndrome colon irritable; por lo que el objetivo de este estudio, fue el conocer si efectivamente los pacientes con síndrome de colon irritable manifiestan síntomas de depresión y ansiedad. Este fue un estudio transversal, prospectivo, descriptivo y confirmativo, donde la muestra estuvo conformada por 40 pacientes, 34 mujeres y 6 hombres del servicio de Gastroenterología del Hospital Central Norte. Se utilizó la técnica de entrevista, el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 y el Cuestionario de información biográfica y sucesos de vida, estas fueron aplicadas en forma individual.

Para la calificación e interpretación de los resultados, se hizo un estudio comparativo y descriptivo de las diferentes escalas que conforman el MMP1-2 (Básicas, Contenido y Suplementarias) tomando en cuenta que tienen una media de 50 y una desviación estándar 15 en puntuaciones T. Los resultados obtenidos en las 34 mujeres fueron: las escalas de depresión(72) ansiedad(67), Psicastenia (70) y Estrés(69) las cuales se encuentran por arriba de la zona de normalidad por lo que se pueden considerar altas. En los 6 hombres las escalas de depresión (77), ansiedad(70), Psicastenia(73), Estrés(78), son considerados altos.

Este estudio nos permite pensar que el paciente con síndrome de colon irritable presentará generalmente síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Por lo que es importante que éste sea tratado de una forma multidisciplinaria y no solo por el médico especialista.

CAPITULO I

ANTECEDENTES:

Dentro de las enfermedades psicosomáticas que padece con mayor frecuencia la humanidad nos encontramos al Síndrome de Colon Irritable el cual ha recibido un gran interés científico, no solo por los estudiosos en este campo, sino por la medicina en general, ya que se ha confirmado el papel determinante de los factores psíquicos y ambientales en la génesis de este padecimiento.

Históricamente el Síndrome de colon irritable (SCI), se describe desde hace 162 años aproximadamente cuando Richard Powel en Mayo de 1818 describió las características de 4 pacientes femeninos de su consulta privada las cuales mostraban signos y síntomas semejantes (dolor abdominal continuo o intermitente con fluctulencia, sofocación e indigestión, evacuaciones diarreas acompañadas de membranas en forma de hojuelas y que no tenían gran consistencia). Esta es quizá la primera descripción con sentido analítico de que se tenga noticia. (Fielding, 1977). Desde entonces un sin número de investigaciones han reportado sus experiencias para el mayor conocimiento de esta entidad.

En 1939, Lium y Porter, observaron que la estimulación de los nervios parasimpáticos produce una contracción espasmódica de la musculatura del colon que se acompaña de una marcada congestión. Si el espasmo ha sido suficientemente intenso y Prolongado, se produce inflamación y edema de la mucosa particularmente frágil. Estos autores hacen notar que en las colitis

ulcerativas, las lesiones se limitan a lo largo de las bandas musculares, precisamente en los lugares donde los espasmos son más marcados.

Poco después en 1949, Alma, Querrán y Tullan, experimentaron con 39 voluntarios sanos para medir movilidad y presión, usaron manómetros conectados con globos insertados en el colon. El aspecto de la mucosa fue determinado por inspección directa a través del proctoscopio. Se utilizaron varios estímulos: frío intenso, compresión de la cabeza, reducción de la glicemia mediante la inyección de insulina y discusión de eventos emocionalmente perturbadores. Estos estímulos dieron lugar en la mitad de los sujetos a un aumento en las contracciones, hiperemia y aumento en la secreción del moco, además de otros signos característicos de la reacción de estrés, tales como palidez, sudor y aumento de la presión arterial, solamente 2 sujetos habiendo mostrado signos generales de estrés no mostraron alteración en el colon.

Douglas A. Drossma y Robert S. Sandler en 1979 reportaron que los síntomas intestinales pueden ser reducidos o exagerados por factores emocionales. Ellos preguntaron, si el estrés afectaba a su patrón intestinal y se encontró que más del 70 % de los encuestados respondieron afirmativamente por lo que se observó, la clara relación de las cuestiones psicológicas con SCI.

Groen en 1491 describió a los colíticos ulcerosos como inteligentes cuidadosos, fastidiosos e hipersensibles; narcisistas, egocéntricos agresivos socialmente a un nivel verbal. Los hombres en general sufren una fijación maternal y miedo a su padre, (la situación inversa fue encontrada en las mujeres). Groen señaló que estos enfermos generalmente se aferran a la idea de que su condición tiene sólo causas físicas. El conflicto precipitante, esta a menudo relacionado con la necesidad de romper una relación dependiente con la madre sustituta.

En 1950 Paulley, describió su experiencia con 175 enfermos el encontró que son usualmente muy dependientes de sus madres, excesivamente sensitivos y con una marcada tendencia al remordimiento; son sujetos resentidos pero nunca abiertamente agresivos. Por otra parte son fastidiosos, pulcros, serios, sin sentido del humor; niños modelo que han permanecido emocionalmente inmaduros e infantiles debido a la posesividad de sus madres. El autor encontró este tipo de personalidad en 99 de 100 de sus últimos pacientes y solo 5 de 98 controles. (Cit. por De la fuente, 1959)

En las investigaciones anteriores he mencionado algunas características de personalidad encontradas en los pacientes con problemas en el colon. En nuestro estudio analizaremos las características que se relacionen con depresión y ansiedad.

En 1990 Corney R.H investigó la severidad de los síntomas psicológicos con un grupo de 42 pacientes diagnosticados con SCI utilizando una serie de entrevistas y cuestionarios tomando en cuenta presiones sociales y el impacto que tenían los síntomas de la enfermedad en su vida diaria y encontró que el 48% de los pacientes fueron clasificados con una enfermedad psiquiátrica menor. En las mujeres se encontró síntomas psicológicos exacerbados tales como depresión, ansiedad y somatización; así como también que son más propensas a padecer enfermedades psiquiátricas que los hombres.

En el mismo año Blanchard y Sharff en el Centro de desórdenes de estrés y ansiedad en la universidad de Nueva York (Center of Stress and Anxiety Disorders State University of New York), investigó sobre el papel de la ansiedad y depresión en los síntomas del SCI utilizando la escala de ADIS-R en pacientes

con SCI y controles, encontrando un incremento en la ansiedad más que en el de depresión en los pacientes con SCI. Concluyendo que los pacientes con SCI tienden a tener características neuroticas.

No sólo Blanchard(1991) consideró que los pacientes con SCI tuvieran características neurotica, otros autores como Fisenk y Makhov en Rusia (1991), apoyan esta hipótesis al realizar una investigación con 50 pacientes con SCI. (Fisenko-OV, Makhov-VM, 1991).

Por otro lado Whitehead y Crowell en 1991 en la Universidad de Medicina en Baltimore encontraron que el SCI es un desorden psicológico, ya que la mayoría de los pacientes de consulta externa presentaban síndromes depresivos entre otros, por lo que propuso que los pacientes con SCI fueran tratados con técnicas psicológicas, dado que estos síntomas psicológicos tendían a exacerbar los síntomas del SCI.

Mas tarde en 1993 Song y Merskey estudiaron a 18 pacientes con SCI, 33 pacientes con enfermedad de crohn y 38 normales voluntarios, utilizando escalas de ansiedad y depresión, encontrando que en el primer grupo había un incremento tanto en la ansiedad como en la depresión observándose así una relación entre factores emocionales y los efectos de la enfermedad . Apoyando esta hipótesis Milne-K y Matsumoto en 1992 en Japón.

En 1995 Masand y Klanpan exploraron la relación entre depresión mayor y SCI en 56 pacientes con SCI y un grupo de pacientes controles, observándose que el 27% (N=15) con depresión mayor cumplieron el criterio para SCI en contraste 2.5%(N=1) del grupo control. Los pacientes con depresión mayor y SCI tuvieron mas probabilidad de reportar síntomas de dolor de espalda, debilidad, dolor de

corazón, y movimientos nocturnos del colon así como historial familiar de dolor de colon comparados con los pacientes con depresión mayor pero sin SCI; concluyendo así que el SCI es más común en pacientes con depresión mayor.

Sin embargo actualmente (Enero 1996) Gween, Grahan y Collins encontraron que los disturbios psicologicos (estrés, depresión, ansiedad, somatización etc.) son frecuentemente asociados con SCI sin ser necesariamente causa y efecto; al revisar un grupo de pacientes con gastroenteritis aguda que tenian sintomas persistentes compatibles SCI después de una enfermedad aguda por 6 meses.

Según las investigaciones realizadas hasta ahora, las posibles factores emocionales relacionados al SCI son las siguientes:

- a) depresion.
- b) ansiedad
- c) rasgos neuroticos.
- d) somatización
- e) tensión emocional (ESTRÉS).

Con lo anterior hemos observado que el SCI probablemente se asocie a factores psicicos y ambientales, sin embargo en nuestro pais son pocos los estudios al respecto, de ahí el interes por realizar la presente investigación, ya que el objetivo principal de la misma es conocer si los pacientes con SCI presentan un incremento considerable en la depresión y la ansiedad para poder brindarles así un tratamiento idóneo.

CAPITULO II

ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

La psicósomática es un enfoque que engloba la totalidad de los procesos integrados de transacciones entre muchos sistemas: somático, social y cultural. De hecho la noción psicósomática, no se refiere ni a la fisiología o la patología, ni a la psicología si no a un proceso entre sistemas vivos y su elaboración social y cultural. (Haynal, 1984).

Heinroth internista y psiquiatra introdujo los terminos de psicósomática (1818) y de somatopsíquica (1828), el refiere que las enfermedades tienen un factor corporal que modifica el estado psíquico. Por otra parte, Novalis menciona que toda enfermedad puede ser considerada psíquica. (Cit. por Menassa 1993).

La tradición cristiana se basa en la filosofía de Aristóteles, donde el alma y el cuerpo parecen formar una unidad sustancial. Otras teorías que han marcado profundamente nuestra ciencia, consideran que los fenómenos somáticos y los fenómenos psicológicos son dos aspectos de las manifestaciones de la misma sustancia (teoría de los dos aspectos, teoría interaccionista).

En los extremos, Leibniz menciona que el cuerpo y el alma funcionan independientemente entre sí, en una armonía preestablecida; la idea platónica de un dualismo por un lado y el materialismo de la URSS de la época estalinista que niega radicalmente la existencia de los fenómenos psicológicos, y por consiguiente de toda ciencia psicológica. (Haynal, 1984).

Sin embargo la unidad cuerpo-alma abordada desde ángulos filosóficos diferentes, suele admitirse en forma general.

La medicina psicosomática plantea como hipótesis que existe una unidad funcional soma-psi que.

Las principales teorías que surgieron son:

Interaccionismo : Cuerpo y alma son diferentes y separados pero influyen reciprocamente.

Paralelismo : Cuerpo y espíritu son distintos y separados, no se influyen reciprocamente, pero las actividades corporales y mentales se correlacionan perfectamente.

Hilemorfismo: Cuerpo y Espíritu forman una sustancia completa.

Teoría de doble aspecto : El hombre es un organismo que se manifiesta bajo dos aspectos diferentes: corporal y mental. (A. Martínez Piña 1973).

El enfoque de la psicosomática actual:

1.- Pretende hacer una síntesis del enfermo individual, en función de todas las explicaciones procedentes de horizontes diversos; una práctica integrativa que supone que el médico posee la capacidad de asimilar y relacionar informaciones obtenidas por distintos métodos, (exámenes clínicos, de laboratorio, observación de la relación médico-enfermo, expresiones psíquicas de enfermo, informaciones procedentes de la familia y de su medio ambiente).

2.- Forma una especialidad en la que equipos interdisciplinarios; Psicología experimental, psicología social, psicoanálisis, sociología; se unen tras la meta común de la investigación y por distintos métodos agrupan un cierto número de

conocimientos y de informaciones. Es este sentido que hablamos de una disciplina médica que se llama "Psicosomática". (Cit. por Haynal Andre 1984)

Toray Masson (1980) Menciona que un paciente parece ser vulnerable en un órgano específico o en un sistema somático, este presentara la enfermedad correspondiente si se encuentra ante una situación que movilice sus conflictos primitivos y altere las defensas que han elaborado contra ellos. (Cit. por Coderch, 1991)

Harold Wolff y sus discipulos Grace y Graham , observaron que sólo existe una especificidad de la respuesta funcional del individuo. En su perspectiva lo específico es la significación de una situación por la que existe una respuesta a un nivel de vivencia psíquica y otra a nivel del cuerpo (somatización). Wolff postuló que los diversos estrés constituyen un peligro frente al cual el individuo pone en marcha reacciones corporales adaptativas, protectoras defensivas u ofensivas. Estas reacciones, sobre todo las defensivas, podrian depender de diferentes sistemas de órganos.(Cit. por Menassa, 1993)

Entre los primeros psicoanalistas , Abraham y Ferenzi, se interesaron por ciertos problemas que hoy designamos como psicomaticos y ambos hicieron importantes contribuciones: Abraham aplico sus conceptos sobre las etapas oral y anal de desarrollo de la libido a la explicacion de ciertos desórdenes del tracto intestinal; describió las actitudes emocionales que en el desarrollo del niño normal, acompañan a la ingestión de alimento y a la eliminación de las heces; él desarrollo la idea de Freud quien consideraba la primera actitud del infante hacia el contenido de sus intestinos es "cicofílica es decir que el infante considera sus heces como parte de su propio cuerpo y una posesión valiosa. En el curso del aprendizaje de los hábitos de limpieza, el niño adquiere la idea

de que debe renunciar a su posesión para complacer a sus padres (madre) y posteriormente desarrolla una actitud de repugnancia como formación reactiva contra su primitiva actitud reprimida frente a las funciones intestinales . De este modo la evacuación de los intestinos quedó asociada con los impulsos sádicos (ensuciar) hostiles. Los pacientes neuróticos sometidos a una tensión emocional a menudo sufren una regresión a esas reacciones emocionales, tales regresiones pueden ser importantes en muchos trastornos gastrointestinales de la vida posterior. (Cit por Haynal , 1984).

Alexander, menciona que las enfermedades psicosomáticas impulsan al individuo fugarse en situaciones conflictivas difíciles. Para él, existían a grosso modo dos tipos de manifestaciones psicosomáticas: una es la expresión de tendencias hostiles agresivas (lucha y fuga), bloqueadas, es decir, no se traducen en el comportamiento manifiesto, mientras que otra es la expresión de tendencias inhibidas a la dependencia y a la búsqueda de apoyo, así las respuestas viscerales crónicas dan como resultado trastornos de las funciones viscerales que serán las enfermedades psicosomáticas. Si las tendencias de base, lucha-retirada son bloqueadas, las respuestas del sistema nervioso pueden permanecer alerta para una eventual agresión o fuga, o bien las respuestas del sistema nervioso parasimpático puede permanecer alerta para una mayor actividad vegetativa. Este prolongado estado de alerta y función puede producir trastornos fisiológicos y una probable patología de los órganos viscerales. (Kaplan, 1987).

En resumen desde el punto de vista de Alexander y Frech el problema de especificidad puede resumirse en la forma siguiente:

- 1.- Una teoría única no puede resumir trastornos psicósomáticos ya que algunos son de naturaleza puramente histérica mientras que otros parecen concomitantes vegetativos de una tensión emocional crónica.
- 2.- No obstante, la mayoría de los síndromes que forman parte del grupo que llamamos enfermedades psicósomáticas o neurosis vegetativas parecen asociarse bastante a menudo a ciertos tipos caracterológicos o constelaciones emocionales.
- 3.- En todos los casos se deben de tener en cuenta un factor constitucional.(Franz Alexander 1958)

Grace y Graham en 1952, modificaron la hipótesis del conflicto específico de Alexander centrando su interés en las actitudes específicas del individuo cuando se enfrentan a situaciones conflictivas difíciles, y observaron que ante eventos de fuerte tensión se iniciaba una gran actividad fisiológica en determinados sistemas del organismo. (Cit. por Mancilla, 1980).

Otros autores psicoanalistas detectaron en los enfermos psicósomáticos la existencia de una regresión (Margolin), consecutiva a defectos del yo (Meng) que conduciría a una resomatización. Por otro lado Schur menciona que bajo el efecto del estrés y de la reactivación del conflicto inconsciente, estos individuos retrocederían en su forma de pensamiento de los procesos secundarios a los procesos primarios(simbolismo regresivo, pensamiento regresivo) mientras que paralelamente aparecería la resomatización de sus respuestas. Las teorías de Kubie, Margolin y Grinker sobre entienden que la matriz de los trastornos psicósomáticos se asienta desde los primeros meses de vida: consiste en una regresión a un estado de diferenciación insuficiente entre la biología y la psicología. Por otra parte todos estos autores están más o menos de acuerdo en el hecho de que, desde el punto de vista psicoanalítico, los enfermos

psicosomáticos graves presentan puntos de fijación y de regresión que se sitúan en un periodo de evolución pregenital. (Valdés, 1983)

Entre las hipótesis psicoanalíticas se encuentra la de Mitscherlich, según la cual el enfermo psicossomático en un primer tiempo rechazaría sus afectos, para luego en una segunda fase somatizarlos y así satisfacer a la vez sus necesidades libidinales y las de castigo. Por ejemplo: en un eccema anal, el prurito sería al mismo tiempo una fuente de placer, una fuente de dolor (autocastigo), esto implica que para ser tratado el enfermo psicossomático debe ser neurótico con el fin de poder abordar progresivamente sus conflictos intrapsíquicos. (Coderch, 1991)

Meloni y Bourdouxhe demostraron por medio del test de Szondi, que el perfil psicossomático presenta las características siguientes: Inmadurez sexual, pregenitalidad, persistencia de grandes necesidades orales y anales relación de gran dependencia del objeto (Individuo aferrado a una forma de relación dual, fracasando frente al edipo, todo ello asociado a defensas rígidas centradas en el rechazo y a una sumisión excesiva frente a la realidad y a las leyes del grupo social con la negación y la proyección y fuertes defensas frente a la emergencia y el reconocimiento del deseo). La regresión del enfermo psicossomático sería entonces una regresión del yo a nivel defensivo primitivo con fuertes tendencias autoagresivas y autodestructivas que estos autores relacionan con el instinto de muerte. (Cit. por Menassa, 1993)

Por otro lado René Spitz dio mucha importancia a la relación madre-hijo en el desarrollo de la personalidad del niño y, en particular; en la génesis de las enfermedades psicossomáticas de la infancia. Para Spitz, las perturbaciones de la personalidad de la madre pueden reflejarse negativamente con el hijo,

ejerciendo sobre él una influencia psicológica nociva que se encuentra en la base de los síntomas del niño. (Cit por Fernandez de Castro, 1992)

Existe otro enfoque dentro de la medicina psicosomática que es el fisiológico en el cual se encuentran las teorías de aprendizaje, estas han demostrado que, en el campo de los trastornos psicosomáticos , también tienen un papel importante. Los reflejos llamados instrumentales. (Condicionamiento operante es decir, las reacciones reforzadas por éxitos fortuitos) El condicionamiento explicaría la conciencia entre emoción y alergia y la noción de generalización explicaría el paso de la alergia circunscrita a una alergia polivalente. (Haynal, 1984)

En la patología humana se ha demostrado la influencia de diferentes estímulos entre estos, los psicosociales en el sistema de resistencia por ejemplo: Inmunológico e incluso en algunos casos en la resistencia al trasplante de células.(Coderch 1991)

En la actualidad el modelo capaz de englobar la esencia de los conocimientos que poseemos sobre el campo de la psicosomática se considera resultado de múltiples factores:

- 1) Factores inespecíficos: que alteran el sistema de seguridad del individuo (también denominados, heridas narcisistas) ,debido a menudo a la pérdida de una persona significativa para el sujeto o de una situación que aporta seguridad. Condicionamiento a nivel de órganos.- Probablemente por mediación del sistema neuroendocrino.
- 2) Factores específicos : El síntoma psicosomático tiene determinaciones mucho más específicas:

a) que parten probablemente de condicionamientos precoces concernientes al órgano en cuestión.

b) que adquieren una significación más específica sea como portador y forma de expresión de los conflictos intrapsíquicos (por ejemplo los llamados síntomas de conversión expresan el conflicto y la prohibición), sea a través del lenguaje del cuerpo o incluso como expresiones de actitudes timidas de base; parece que el síntoma psicósomático procedería de un encadenamiento multifactorial con interrelaciones múltiples .

Predominaría a un nivel a otro según el individuo, la enfermedad y el caso. (Coderch, 1991)

2.1 PROBLEMAS SOCIALES EN LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA

La vida social tiene una influencia sobre la salud. Estudios llevados a cabo sobre la mortalidad y la morbilidad en relación con los duelos, han puesto en evidencia el impacto de las crisis psicológicas y psicosociales sobre la salud física, sobre todo los cambios en el entorno o medio ambiente, la pérdida de objeto y sus consecuencias intrapsíquicas, lo que tienen un papel esencial en el desencadenamiento de las enfermedades incluso en el resfriado común. Si el individuo al sentirse abandonado por el objeto, renuncia (giving up/ given up de Engel), las defensas somáticas, inmunológicas y otras se debilitan.

Los trabajos de Spitz han demostrado que las enfermedades psicósomáticas de los bebés son igualmente consecutivas a los cambios de entorno, de la privación de la madre. Bowlby ha estudiado el desarrollo de estas reacciones de separación:

a) La reacción de ansiedad, señal de peligro, constituye la fase aguda;

b) En una segunda fase aparece la depresión vinculada a la desaparición del objeto perdido(la madre).

c) Al final del trabajo de privación y gracias a la liberación de fijaciones, resulta posible que el niño se vincule con otra persona.

Existen actualmente numerosos indicios que apoyan la hipótesis de que un cierto número de enfermedades están en relación con ciertas pérdidas importantes y con la renuencia consiguiente. Sin embargo la tolerancia varía según el individuo. Un ejemplo de esto lo describe Engel, el menciona que las pérdidas tienen un gran papel en el desencadenamiento de la enfermedad y; piensa que hay modificaciones humorales en la depresión y que, en las grandes psicosis se encuentran alteraciones metabólicas, que suponen la existencia de una unidad entre las regulaciones específicas de la enfermedad, las emociones y las alteraciones mentales.(Cit. por Haynal 1984).

Según Schab y Warheit, en las clases trabajadoras hay hasta un 30% de enfermedades psicomaticas y en las clases altas solamente un 9%, lo que revela, incremento de la motivación para tener una buena salud si las condiciones de vida son satisfactorias, y por otra parte hasta que punto el cuerpo puede sufrir en la sociedad tecnológica moderna. Esta diferencia se explica igualmente por el hecho de que el lenguaje corporal tiene un papel tanto más importante cuando menores son las posibilidades de expresión verbal. El comportamiento del enfermo debe ser examinado en su contexto social y cultural. (Cit por Haynal, 1984).

Para algunos, la enfermedad puede ser una manera de tratar de vencer dificultades o de reaccionar. Evidentemente en este caso se trata de soluciones inconscientes (beneficios primarios y secundarios de la enfermedad , Freud).

El etiquetaje de la enfermedad como ha mostrado Balint, se desarrolla durante el curso de una interacción médico-enfermo que reviste de gran importancia. Ser dependiente del médico, declararse irresponsable de su comportamiento, puede ser ventajoso para algunos y fijarlos a esta situación.

Estas consideraciones sociológicas son vinculables a consideraciones microsociológicas, hasta incluso psicológicas -interaccionales,- es decir que lo que ocurre entre el paciente y su entorno, tendrá su reflejo o repercusión en la relación médico-enfermo. Esto explica, en parte, fenómenos psicológicos tales como efectos del placebo (droga-médico Balint); o las actitudes inconscientes de complicidad, en cuanto a la toma de conciencia del médico, favoreciendo éste la falta de responsabilidad del enfermo. Por otro lado los acontecimientos sociales, los cambios imprevistos o inaceptables etc. pueden actuar sobre la salud de los individuos. Estos en función de su herencia o de su historia, difieren entre sí y ello explica la diversidad de sus reacciones frente a los acontecimientos exteriores.

Hasta el momento se ha revisado el desarrollo que ha tenido el estudio de las enfermedades psicosomáticas, examinando las distintas perspectivas científicas, desde el psicoanálisis hasta los enfoques psicofisiológicos.

Es de gran importancia el conocer los síntomas más característicos de estas enfermedades como son: depresión, ansiedad y estrés entre otros, por lo que los describiremos en el siguiente capítulo.

CAPITULO III

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

3.1 DEPRESIÓN:

Antiguamente, el concepto de depresión era conocido como melancolía, Hipócrates (s. IV a.c) , la describió como un estado y condición mental del hombre, un desorden mental crónico. Pinel en 1801 describe al melancólico como un ser taciturno, pensativo y que busca la soledad.

Para Burton(1930), la melancolía es la aflicción mas universal del hombre, todo individuo es susceptible de experimentarla en el curso de su vida de una u otra forma. Es Griefinger (1845), el primero que llevo a cabo una detallada descripción de la depresión. Observó las vagas manifestaciones tempranas y el papel que éstas jugaron en el desarrollo de otras formas de enfermedad mental. Más tarde Kraepelin (1926), al combinar la investigación neuroanatómica, con la enfermedad maniaco depresiva y la demencia precoz, intentó establecer una nosología descriptiva que pudiera ahondar en una clasificación psiquiátrica.(Cit. por Ruiz, 1994).

Por su parte Abraham (1912), hizo una diferenciación entre la depresión y la melancolía, la primera es el estado producido por la muerte de un ser querido, y la segunda, al estado que presenta un individuo que sufre frecuentemente sentimientos de culpa.(Cit. por Reyes, 1983)

Sigmund Freud (1917), trata de esclarecer la relación y la diferencia entre duelo y melancolía. Refiere que en el duelo, el objeto es perdido por una muerte real, y que en la melancolía existe una pérdida interna debido a la relación ambivalente

que el sujeto tenía como objeto perdido. En el duelo existe la inhibición y la falta de interés del sujeto por la elaboración de éste que absorbe su yo completo. La melancolía absorbe por completo al sujeto además presenta un sentimiento de ser incapaz de remordimiento valioso alguno e indigno de estimación.

English (1977), define a la depresión como una condición emotiva normal o patológica caracterizada por la disminución de la actividad psicofísica y por una sensación de desagrado, provocada por un incremento de los sentimientos de culpa, autorreproche y disminución de la autoestima

Para los estructuralistas (Henry Ey, 1978), hay una relación entre el proceso orgánico y el proceso psicológico. El trastorno fundamental o estructura negativa es lo constituido por: a) pérdida de la actividad sintética del pensamiento: abulia, torpeza, entencimiento, inhibición psicomotriz, etc. ; b) trastorno de la conciencia: que va de la ligera y casi imperceptible obnubilación al profundo estupor; c) desestructuración temporal ética de la conciencia melancólica: es el trastorno fundamental y se trata de una lentificación del tiempo vivificado. Pierde el impulso hacia el futuro y vive para siempre en el pasado.

Para Mackinnon y Michels (1978), la depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto a síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimiento de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido está amenazado, y cree que no es capaz de enfrentarse a sus problemas, y que otros no pueden ayudarlo. En estos síntomas depresivos moderados o tempranos, el paciente trata activamente de aliviar sus sufrimientos. A medida que la depresión se hace más crónica o grave, el

paciente renuncia. A pesar de que estos autores reconocen que la mayoría de los episodios depresivos, tanto psicóticos como neuróticos, se remontan en alguna causa precipitante, aun así consideran los factores externos. (Cit. por Rodríguez, 1989)

Varios autores como Castilla y Oino (1966) y Mels(1970), coinciden en que a la depresión se le puede dar tres significados: como síntoma, que a veces se presenta como carácter exclusivo o a veces acompañado a otros que no tienen relación directa con él. Como síndrome, cuya característica principal es la tristeza pero que se enlaza con otros síntomas que lo constituyen. Y como enfermedad, cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo (y dentro de éste el síntoma habitual: la tristeza), y sobre el cual puede indagarse con referencia a sus aspectos concretos (etiología, patología, forma de curso, final y tratamiento).

Para el estudio de la depresión se tiene en cuenta estos tres significados aunque no se hable de ellos en forma explícita; Sin embargo, existen diferentes puntos de vista sobre lo que hay detrás de este trastorno emocional.

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN:

Lo que distingue a la pena normal de la depresión, es que la primera se da por una causa concreta, generalmente pérdida de un ser querido o su equivalente abstracto, no se acompaña de sentimientos de culpa, es pasajera y con el tiempo, que suele ser corto, tiende a mejorar y a desaparecer, en cambio la depresión es un trastorno paralizante donde se pierde la autoestima, la confianza en sí mismo y aumenta el autodesprecio; se pierde el interés por las cosas y por consiguiente se acaba poco a poco con los deseos de vivir, hay una

pérdida en lo vital que puede llevarlo al suicidio. Se caracteriza por un tono afectivo de tristeza, alto grado de preocupación por los problemas personales, disminución progresiva de las actividades cotidianas, el yo es devaluado y se siente que se vive en la nada total, el sujeto siente que no ha hecho más que el mal, que no sirve para nada y que hay que morir, la autodevaluación es tal, que el sujeto sólo puede o se permite expresiones despectivas de sí, creyéndose falso, traidor, negativo, destructivo, etc. La depresión no sólo es producto de la revisión de una realidad desagradable, su aparición se da más bien por un sentimiento de abandono, coraje, agresión, ira, sentimiento de impotencia; por situaciones de conflicto, circunstancias debilitantes por la enfermedad, fallecimiento de un ser querido, etc., que favorecen la expresión de una personalidad característica. Con frecuencia la depresión no puede ser explicada por el sujeto y quienes pueden hacerlo lo aducen a problemas inmediatos, y en casos muy severos, hay la creación de todo un sistema de tipo delirante.

Existen dos clases de depresión :

- a) Depresión neurótica: donde el aspecto físico es desarreglo, expresión de tristeza, insatisfacción, fastidio, decaimiento, etc.
- b) Depresión psicótica: El arreglo personal es de desaliño con las ropas arrugadas o sucias; se muestra abatido y callado, con movimientos lentos, fatiga, apatía, disminución de los impulsos y llanto.

La conducta del depresivo también es característica, son sujetos prudentes, tímidos, meticulosos con constante autorreproche. En el fondo personas inseguras y dependientes de fuentes externas, sobre todo de personas significativas de quienes buscan, y a veces exigen, apoyo, aprobación, amor, confianza en sí mismo o consideración. Son personas con una endeble relación con la realidad, viven pasivamente el presente y activamente el pasado, pues

sienten que éste les ofrece protección. La tristeza o dolor moral invade casi todo el campo de la conciencia, empieza por expresarse por sentimientos intensos y vagos de aburrimiento, disgusto, descorazonamiento, desesperación y derivan en expresiones de autodesprecio, autocastigo y sentimiento de culpa. Se manifiesta como angustia e irritabilidad.

En apariencia esta tristeza es sin motivo, pero en realidad lo que hay detrás es la culpa, aparece por un sistema de valores que el sujeto ha aprendido durante el crecimiento, por la pertenencia a una sociedad determinada. La culpa es la expresión de la conciencia de que se ha roto por algo establecido y que se debe pagar por ello. Aparecen también signos de ansiedad expresados como tensión, indecisión, temores vagos e inespecíficos, así como temor y accesos de sudoración comunes en los estados de ansiedad. La angustia surge porque el sujeto oscila entre si es culpable o no, y es muy fuerte el temor a aceptarse culpable, responsable sobre todo de la pérdida del objeto. Otro síntoma es la inhibición, que se caracteriza por ser una especie de frenaje de los procesos psíquicos, repliega al sujeto sobre sí mismo y le empuja a rehuir a los demás y las relaciones con los otros. Una idea constante en todo individuo deprimido es la muerte. Se manifiesta como la verbalización del deseo hasta el rechazo abierto y obstinado a la alimentación, acompañado del abandono total de su persona, pero finalmente, lo que busca es ser sencillo como una obligación, un castigo y una solución a su pesar. Esta idea puede intensificarse o decrecer, pero nunca desaparece. Las ideas de muerte aparecen cuando el sujeto siente que ya no hay esperanzas, cuando las ideas de culpabilidad y desesperación se acentúan de tal modo que para el sujeto es evidente y sin lugar a dudas su fracaso en el compromiso de vivir. El futuro se presenta negro y no hay nada que hacer. (Arias, 1985)

A nivel orgánico presentan trastornos como anorexia, náuseas, constipación, problemas digestivos, estreñimiento o diarrea, vómito y baja de peso. Hay casos

en que se manifiesta por excesivo apetito. Son frecuentes las perturbaciones de pulso y tensión arterial, taquicardia y diarrea. A nivel del sistema nervioso encontramos disminución de los reflejos e hipostenia, cefaleas, rigidez de nuca, sensación de presión cefálica, acufenos (dolor de oídos), dolor vago y obnubilación. Se altera la concentración, la atención y la memoria. En relación a la sexualidad encontramos alteraciones en la menstruación y pérdida de impulso sexual. Los trastornos del sueño también son característicos.

Según Fenichel (1976), en la depresión el individuo recorre el mundo en una situación de constante voracidad. Si sus necesidades narcisistas no son satisfechas, su autoestima desciende hasta un punto peligroso. Para evitarlo esta dispuesto a hacer cualquier cosa, e intentará por todos los medios inducir a los demás a dejarle participar en su supuesto poder. Por un lado, la fijación pregenital de estas personas se manifiestan por una tendencia a reaccionar a las frustraciones con la violencia. Su dependencia oral, por otro lado, les impulsa a tratar de conseguir lo que necesitan por medio de la propiacion y la sumisión. El conflicto entre estas dos formas contradictorias de conducta es característico de las personas que presentan esta disposición. Con su permanente necesidad de suministros que procuren satisfacción sexual y eleven simultáneamente la autoestima, estas personas son adictas al amor, incapaces de amar activamente, necesitan de una manera pasiva de ser amados. Se caracterizan por su dependencia y su tipo de narcisismo de elección de objeto; ya que con frecuencia porque ningún objeto es capaz de procurarles la satisfacción necesaria. Sin pensar ninguna consideración a los sentimientos del prójimo, exigen de él, sin embargo, requieren comprensión para los sentimientos propios. Siempre se hallan empeñados en conseguir un "buen entendimiento" con la gente, pero son incapaces de contribuir satisfactoriamente con la parte que les corresponde para lograr tal

entendimiento. Es esta la necesidad lo que les impulsa al intento de negar su permanente disposición a reaccionar de una manera hostil.

Hay tres consideraciones que sugieren la intervención de factores somáticos:

- La estricta periodicidad que frecuentemente caracteriza la alternancia de los estados de ánimo. Esta periodicidad parece ser independiente de todo acontecimiento externo e indicar la intervención de algún factor biológico.

- Aún en los casos en que el ciclo no se ajusta a una marcada periodicidad, la espontaneidad de la alternancia de los estados de ánimo, que a menudo se produce sin la intervención aparente de ningún factor precipitante externo, habla contra la tesis de que se trate de un proceso puramente psicógeno.

- En ninguna otra neurosis existe una evidencia tan clara de la herencia, ya que éste mismo tipo de trastorno se repite en generaciones sucesivas. (Feniquel, 1976)

3.2 ANSIEDAD

En general, la ansiedad es considerada como un sentimiento de temor difuso, desagradable, muchas veces vago, acompañado de una o más sensaciones corporales recurrentes. Es una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante y permite a la persona tomar medidas para enfrentarse con la amenaza. La ansiedad es una característica importante de la neurosis y puede disminuirse por el uso de los mecanismos de defensa y así provocar la formación de síntomas como fobias o somatizaciones.

Para Freedman y Klapan (1975), la ansiedad es considerada como un sentimiento de temor difuso, desagradable, muchas veces vago, acompañado de una o más sensaciones corporales recurrentes. Es una señal de alerta que

advierte un peligro amenazante y permite a la persona tomar medida para enfrentarse con la amenaza. El miedo es una señal de alerta parecida a la ansiedad ya que las dos representan señales de peligro , pero se distinguen normalmente en que: el miedo, la amenaza es conocida, externa, inmediata , definida y de origen no conflictivo. En la ansiedad la amenaza es interna, desconocida, vaga, y de origen conflictivo. (Cit. por Rodriguez, 1989)

Adler, emplea el termino ansiedad como el sentimiento experimentado ante los obstáculos que existen al afirmar las relaciones que unen a un ser humano con otro. Jung considera que la ansiedad es la relación del individuo ante la invasión de su mente consciente por fuerzas irracionales o imágenes del inconsciente colectivo. (Cit. por Reyes 1983).

Sullivan, dice que la ansiedad es un estado de tensión intensamente desagradable que se origina al experimentar desaprobación en las relaciones interpersonales. Siendo la ansiedad el producto de ciertas exigencias culturales que tienen que ver con el logro adecuado de su necesidad de satisfacción y de seguridad. (Cit. por Pelaez 1974).

Para K. Horney la ansiedad es una respuesta emotiva al peligro, puede ir acompañada de sensaciones físicas. La génesis se encuentra en toda situación de conflicto entre la necesidad de depender de otros (padres en la infancia), y la hostilidad que despierta esta situación, cuando la hostilidad ha sido reprimida surge la ansiedad. La ansiedad, es una reacción ante una amenaza de un valor vital y es diferente para cada individuo, por sí sola la inhibición no provoca ansiedad, mientras no compromete ese valor vital. (cit. por Reyes 1983).

Catell distingue dos clases de la ansiedad: La característica y la situacional.

La primera se refiere a algo que surge interiormente de las diferencias temperamentales, como la timidez como conflicto interno es una huella de la experiencia externa que puede ser histórica, remota y atribuible a los sentimientos y complejos del sujeto.

La ansiedad situacional se relaciona más con la amenaza externa y menos con los aspectos internos del sujeto, esta puede ser ajustada a las estructuras de la personalidad del individuo y considerarse normal en momentos determinados para esa persona. (Cit. por Pelaez 1974).

Spielberger (1972) distingue entre:

Ansiedad estado (A-Estado o "A-State"): Es transitoria, condición o reacción emocional única, compleja, que puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. El nivel de A-Estado debe ser alto en circunstancias percibidas por un individuo como amenazantes, independientemente del peligro objetivo.

Ansiedad rasgo (A-Rasgo o "a-trait") : Se refiere a diferencias individuales relativamente estables en la disposición a percibir un amplio espectro de situaciones estresantes como peligrosas y amenazantes y en la tendencia a responder dichas amenazas (tanto en frecuencia como intensidad) con reacciones de A-Estado. Para poder medir estos estados de una manera cuantitativa construyo un instrumento en donde los puntajes en A-Rasgo eran inalterables ante el estrés situacional y relativamente estables en el tiempo. (Cit. por mercado, 1992)

Según el DSM IV el trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesiva (expectación aprehensiva) que se observa durante un periodo superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se acompañan

de por lo menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Los individuos con este trastorno no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad. esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni la provoca una enfermedad médica general.

Freud (1974), en una primera formulación dice: que la ansiedad es derivada, por transformación directa, de la libido no descargada. Sin embargo, a partir de la publicación de su estudio *Inhibición, Síntoma y Angustia*; rectifica esta teoría y juzga la ansiedad no como consecuencia de la insatisfacción de los impulsos libidinosos, sino como la señal de alarma que aparece como reacción a un peligro pulsional: es decir, se presenta frente a un exceso de excitación interior que no puede ser adecuadamente manejada por el yo. Sin embargo, esto no quiere decir que la primera afirmación quede totalmente invalidada, aun cuando ahora sabemos que la ansiedad no se produce como consecuencia de la transformación directa de la libido; lo que ocurre es que la insatisfacción de los impulsos libidinosos, encargados de neutralizar la agresividad, provoca una intensificación de ésta, así como una regresión de los impulsos agresivos y de una parte del yo. La reactivación de los impulsos sádicos pregenitales es sentida como un peligro, ante el cual se despierta la ansiedad como una señal de alarma que obliga al yo a reforzar las defensas represivas, para evitar la interrupción de estos en la conciencia; por tanto, la ansiedad neurótica es el síntoma de un conflicto intrapsíquico. Su función consiste en estimular la atención del yo ante un peligro instintivo, aunque éste ponga en marcha los mecanismos de defensa necesarios. Esta función, cuando se exagera, produce

la aparición de la neurosis de ansiedad clínicamente manifiesta. (Coderch, 1991).

El desarrollo de la neurosis de ansiedad puede ser resumido de la siguiente forma: - Un sujeto aparentemente en buena salud, pero con importantes dificultades inconscientes, se encuentran con: Un factor precipitante como:

a) un incremento de las presiones y exigencias externas; b) una movilización de los conflictos reprimidos; c) una disminución de la capacidad de adaptación.

Todo ello amenaza, debilitar los mecanismos de represión de los conflictos inconscientes, con producir la ruptura de homeostasis emocional dando lugar: a la ansiedad, la cual origina los síntomas ya estudiados y, al mismo tiempo produce: Regresión, en el sentido de que los esfuerzos para la adecuada adaptación quedan desplazados, desde los problemas actuales, a los tempranos conflictos infantiles. En la consiguiente lucha para eliminar la mayor cantidad posible de ansiedad que emerge de la amenaza de enfrentamiento con los conflictos infantiles, el enfermo recurre inconscientemente a otros mecanismos. Si se halla predispuesto, por su propia experiencia o por transmisión de actitudes parentales, a preocupaciones excesivas acerca de la salud corporal, el mecanismo puede ser: Racionalización, a través del cual llega a convencerse de que la ansiedad que experimenta se halla producida por alguna enfermedad somática. Pero, dado que esta racionalización no evita la aparición de ansiedad, con frecuencia aparece también el mecanismo de: Desplazamiento de la ansiedad hacia un órgano o sistema. En este caso, disminuyen las manifestaciones psíquicas de la ansiedad y aumentan los equivalentes somáticos de la misma. Cuando este desplazamiento se dirige hacia situaciones, animales o cosas, aparecen las denominadas "fobias".

Según su forma de evolución, podemos distinguir dos grandes tipos: las formas agudas y las crónicas:

a) Formas agudas: Aparecen vinculadas a un factor desencadenante, tal como accidente, disgusto, situación penosa etc. o bien se presentan, al parecer, espontáneamente. con frecuencia se inician con una crisis paroxística de ansiedad, única y repetida, el enfermo vive presa del temor que le produce la posible repetición de la crisis. Su vida social, laboral y familiar queda profundamente alterada por la presencia de la expectación ansiosa. Muy a menudo, este estado va acompañado de síntomas somáticos: taquicardia, disnea, vomitos, etc; el insomnio es persistente y el escaso sueño es perturbado por pesadillas. El enfermo acude al medico buscando algo que alivie su malestar insoportable. Estos estados intensos de ansiedad no suelen ser de mucha duración, y progresivamente la ansiedad se organiza en fobias, hipocondría etc, o bien disminuye en intensidad, persistiendo en grado más atenuado y dando lugar a las formas crónicas.

b) Formas crónicas: La mayor parte de los sujetos afectados de una forma crónica de ansiedad no llegan a ser vistos por el psiquiatra ni son considerados por sus allegados como enfermos. Su vida está matizada por ansiedad, sin que esta llegue a incapacitarles de una forma grave para el trabajo, vida familiar y social, etc. Sin embargo, su existencia está entretrejida de constantes preocupaciones, inquietudes e inseguridades desproporcionadas a la realidad de las situaciones que deben afrontar. Cualquier determinación a tomar es causa de dolorosas incertidumbres. Todo malestar somático provoca graves presentimientos, y el más mínimo suceso inesperado origina un angustioso sobresalto. Con mucha frecuencia, estos estados crónicos de ansiedad cristalizan finalmente en cuadros hipocondriacos. (Coderch 1991).

3.3 ESTRÉS.

En general cuando se habla de estrés suele tratarse de situaciones que superan las posibilidades del individuo o que determinan demandas difíciles de resolver o satisfacer. Este término que provenía del campo de la física, es introducido al campo de la salud por Selye en 1936 (Cit. por Lazarus y Folkman,1991), definiéndolo como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las amenazas psicológicas), es decir, una reacción que él llamó Síndrome General de Adaptación. Es entonces que el estrés no era considerado como una demanda ambiental (estímulo), sino como un grupo de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuestas a tal demanda.

Con respecto a la Psicología, hasta 1944 el término ansiedad fue utilizado en lugar del de estrés. Así, Freud (1974) mencionaba que la ansiedad secundaria a conflictos, servía como señal de peligro para poner en marcha los mecanismos de defensa, entendidos como formas insatisfactorias de afrontamiento que producían modelos de sintomatología cuyas características dependían del tipo de defensa. (Cit. por Mercado, 1995)

Posteriormente el estrés fue conceptualizado por Cofer y Appley (1964), como un término que estaba formado por un campo previamente compartido por varios conceptos tales como : ansiedad, frustración, trastornos emocionales, traumas, alienación y anomía.

A partir de la década de los setenta se ha ido aceptando la idea de que si bien el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, su afrontamiento establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final.

Lazarus (1966), Lazarus y Averill (1972), Lazarus y Folkman (1986) y Lazarus y Launier (1978); sostienen que las respuestas de estrés deben ser consideradas en términos de una transacción entre el individuo y el ambiente tomando en cuenta el significado y evaluación del evento intrínseco a su definición. Las reacciones de una persona hacia una situación específica parecen depender enormemente de la manera en que ésta interpreta o percibe la situación. El mismo evento puede ser percibido por diferentes individuos como irrelevante, benigno, amenazador y dañino, o como un reto a enfrentar. La valoración cognitiva primaria de una persona sobre el significado positivo o negativo de un evento particular determinan si esta lo experimenta de manera estresante. La valoración secundaria se refiere a la conceptualización de las implicaciones del evento en términos de recursos de afrontamiento y opciones. Existen pruebas de que se experimenta menos tensión cuando se siente el control de la situación, así como cuando las tensiones son predecibles y cuando se ve la posibilidad de una solución. La anticipación de un peligro potencial que aún no sucede y la interpretación de la situación dependen de procesos mentales que incluyen la percepción, memoria, el pensamiento, juicios, y sobretodo de los aspectos particulares en los que centramos nuestra atención y en el aprendizaje y recuerdos previos de conceptos relacionados con ella.

Cuando hay una gran disparidad entre la demanda de la situación y la habilidad del sujeto de enfrentarla, se da la respuesta inducida por el estrés con su marcado componente de activación emocional. Las necesidades fisiológicas también influyen en la percepción pues nos hacen poner más atención en aquellos aspectos del ambiente que pueden satisfacer dichas necesidades. Las características de la personalidad y las emociones también influyen en la manera de interpretar una situación. Los pensamientos giran alrededor del daño físico o psicológico resultante del peligro o son estimulados en forma indirecta

por el nivel general de excitación. Esta excitación emocional moviliza al individuo, llevándolo a hacer algo para evitar el daño.

Como hemos observado la depresión, la ansiedad y el estrés son los principales síntomas encontrados en las enfermedades gastrointestinales, presentando cada uno de ellos características particulares. En el próximo capítulo se expondrá de que manera estos síntomas aparecen en el síndrome de colon irritable, así como su posible etiología y los tratamientos que podemos utilizar para su resolución.

CAPITULO IV

SÍNDROME DE COLON IRRITABLE

4.1 Aspecto médico :

El síndrome de colon Irritable es un trastorno funcional del tubo digestivo con manifestaciones clínicas crónicas o recurrentes de dolor abdominal asociado a trastornos de las evacuaciones y distensión abdominal, sin evidencia de anomalías estructurales o bioquímicas.

CUADRO CLÍNICO:

Los síntomas del colon Irritable son múltiples y variables y parece ser que están relacionados con hiperactividad psíquica y psicológica del órgano finalmente receptor.

Usualmente se manifiestan durante el estado de vigilia, y muy raramente estos síntomas despiertan al paciente por la noche.

El grupo de síntomas que se encuentran con mayor frecuencia en el colon Irritable son:

- 1.- Dolor abdominal y/o
- 2.- Síntomas de alteración en la defecación.
 - a) Urgencia
 - b) Sensación de evacuación incompleta (tenesmo).
 - c) Formas de las heces alterada (consistencia)
 - d) Alteración en la frecuencia.
- 3.- Distensión abdominal.

DOLOR: El sitio del dolor puede variar de un paciente a otro, pero permanecerá igual en un paciente dado. El dolor puede presentarse en cualquier cuadrante del abdomen. Por otro lado solamente el 20% de los pacientes que presentan alteraciones de los hábitos intestinales tienen diarrea dolorosa.

SINTOMAS DE ALTERACIÓN EN LA DEFECACIÓN:

Característicamente la constipación o diarrea consiste en evacuaciones de pequeño volumen. La diarrea abundante implica una causa secretora. La diarrea de los pacientes con SCI, generalmente no persiste más allá de tres días y desaparece el dolor.

Constipación: Esta asociada con heces en escabalos, resultado del espasmo segmentario el cual impide el progreso de las heces.

La defecación también está asociada a sensación de evacuación incompleta requiriendo repetidas visitas al baño, con heces en forma de lápiz.

Diarrea: Frecuentemente reportada en su inicio con heces formadas, seguidas por heces blandas y posteriormente líquidas. La diarrea y dolor son frecuentemente precipitados por comidas y son independientes del tipo de comida ingerida.

Distensión abdominal: Es un síntoma común en casi todos los pacientes con SCI, pero la severidad frecuentemente se incrementa a través del día, acompañado de eructos y flatulencia.

DIAGNOSTICO CLÍNICO:

Consiste en identificar cuatro síntomas en pacientes con SCI y son llamados criterios de Manning. Estos conducen a un Diagnóstico más preciso.

- 1.- Dolor abdominal que mejora con la evacuación.**
- 2.- Evacuaciones intestinales más frecuentes con el inicio del dolor.**
- 3.- Evacuaciones de consistencia disminuida al inicio de dolor.**
- 4.- Distensión abdominal.**

Con dos a más de estos síntomas se llega al diagnóstico en un 91%.

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE:

El tratamiento debe ser individualizado para cada paciente, se debe realizar una evaluación del factor precipitante de los síntomas además de llegar al conocimiento absoluto de que el paciente no presente patología orgánica. ausencia de patología orgánica.

Dentro del tratamiento se utilizan los siguientes medicamentos:

Anticolinérgicos: Son los medicamentos frecuentemente utilizados y su indicación esta basada en la propiedad farmacológica de reducir la contractibilidad del músculo liso.

Ansiolíticos: La selección apropiada de este medicamento debe hacerse en base a la edad del paciente, presencia de medicación concomitante, del beneficio farmacológico del agente usado y el conocimiento del médico sobre el medicamento.

Antidepresivos: Algunos pacientes con síntomas depresivos pueden beneficiarse al tomar pequeñas dosis de antidepresivos, particularmente cuando los pacientes presentan dolor abdominal tipo espasmódico o constipación.

Una dieta alta en fibra: En caso de distensión es importante realizar un buen interrogatorio sobre la dieta ingerida por el paciente para realizar las modificaciones pertinentes. Suspender leguminosas, leche y sus derivados, fructuosa y sorvitol. La dieta alta en fibra deberá introducirse poco a poco ya que de inicio puede producir una gran cantidad de gases.

La mayor parte de los expertos afirma que la constipación funcional es tratada efectivamente con suplemento de fibra, ya sea insoluble (BRAN) o fibra soluble (PSYLLIUM, METHIL, CELULOSA).

4.2 ASPECTO PSICOLÓGICO

Etiología:

Pocas funciones vegetativas tienen un papel tan importante en la vida emocional como el que desempeña la ingestión de alimentos.

Desde el comienzo de la vida el comer está asociado con el sentimiento de seguridad, de recibir amor y cuidado y también con la codicia, la posesión y la envidia.

Los conflictos neuróticos centrados en estas emociones básicas pueden contribuir de diversas maneras o perturbar el apetito (bulimia y anorexia), la regurgitación (vómito nervioso y el espasmo cardíaco) y las disfunciones del sistema digestivo (úlceras duodenales, constipación, diarrea, síndrome de colon irritable). Lo que se encuentra establecido es que la acentuación e inhibición del deseo de recibir amor y protección, está profundamente asociado con el alimentarse, y se puede activar o inhibir casi todo el proceso de incorporación y digestión de alimentos. Estas funciones, que se hallan bajo el control de las

inervaciones autónomas, son activadas o inhibidas por los estímulos emocionales según el principio del reflejo condicionado . Esto se demuestra mejor por la influencia de los deseos receptivos sobre la secreción gástrica, que incluye la siguiente sucesión de acontecimientos: el deseo de recibir, de ser cuidado, se asocia en el plan psicológico, con el deseo de ser alimentado y fisiológicamente con el aumento de secreción gástrica.

El reconocimiento de estos componentes psicológicos de la enfermedad no constituye una teoría etiológica completa de los trastornos gastrointestinales. Para explicar el desarrollo patológico como resultado de este tipo de situación de conflicto emocional, hay que suponer la coexistencia de factores cuantitativos (psicológicos como económicos) que pueden desempeñar también un papel en la determinación de los resultados precisos de tales situaciones de conflicto.

Por otro lado las funciones excrementicias se hallan relacionadas, desde los primeros años de vida, con muy distintas actitudes emocionales. Han sido muy bien descritas por los primeros autores psicoanalistas particularmente por Freud, Abraham y Jones; ellos mencionan que el anhelo de posesión, el sentimiento del deber y la obligación, el deseo de dar, los impulsos hostiles bajo la forma de ensuciar, y las primitivas teorías sexuales infantiles sobre el embarazo y el nacimiento (hijo=heces), influyen en las funciones del tracto gastrointestinal y pueden contribuir a sus disfunciones (las diferentes formas de diarrea y constipación).(Alexander, 1958)

Como dato clínico podemos señalar que cuando estos enfermos acuden a consulta, han sido multivisitados y explorados. Presentan cantidades extraordinarias de radiografías de tubo digestivo en las posiciones mas diversas y variadas.(Jinich, 1993)

Fenichel (1976), describe a la colitis como un buen ejemplo de órgano neurosis, psicoanalíticamente descifrada como la actitud inconsciente, tal como es considerada en la labor de investigación del Instituto Psicoanalítico de Chicago. Es fácilmente comprensible que la colitis puede tener su origen en la acción constante de impulsos anales inconscientes de manera similar a como se produce la secreción de jugos gástricos, por la acción de exigencias orales inconscientes. Una colitis de este tipo es consecuencia de la presión de eliminación y de retención a que se halla sujeto, en forma crónica. El conflicto entre las tendencias de eliminación y de retención en si mismo puede originarse de diversos modos. Puede representar un simple conflicto entre excitación sexual (anal) y miedo, o bien las heces representan objetos introyectados que la persona desea conservar al mismo tiempo que librarse de ellas.

El colon espástico, es una propensión a reaccionar con diarrea, debido probablemente a la ansiedad o a un signo de fijación del paciente a la fase anal del desarrollo libidinoso. Sea cual fuere el estímulo que ha dado origen a esta excitación, la respuesta activa es intestinal. Puede ser también el sintoma de una agresión continua y reprimida a veces a una venganza por frustraciones orales. En un plano mas profundo, la diarrea puede expresar además generosidad o disposición al sacrificio. O bien puede reflejar fantasías referentes a objetos internalizados.

Los síntomas constituyen un comportamiento de descarga de emergencia . Algunos casos de defecación patológica delatan una angustia de castración desplazada a la esfera anal.

TRATAMIENTOS:

En general, el paciente va a ver a su médico para resolver un problema que considera de orden médico. Su demanda puede formularse así: ¿Que es? ¿Como

va evolucionar? ¿Que hacer? El médico en su que hacer habitual, trata de comprender la naturaleza del trastorno que se le ofrece (Balint) : leer la semiología que el paciente presenta con el fin de llegar a un diagnóstico y así dar respuesta al paciente. En su diagnóstico global va más allá del diagnóstico anatomopatológico o fisiopatológico propiamente dicho (es decir, es mas allá de los trastornos de la función de un órgano, de un sistema de órganos o de algunas partes del organismo) e intenta apreciar el papel de los factores psicológicos, sociales y humanos.

El paciente se tranquiliza y apacigua frente a la actitud del médico que se hace cargo de los trastornos de la salud, causa de su inquietud. Esto es lo que se llama el efecto placebo del médico. Así, pues, emitir un diagnóstico, explicarlo en términos comprensibles para el que sufre tiene ya un efecto psicoterapéutico.

Entre el médico y el paciente se instala un diálogo verbal y de interacción, el paciente adopta una posición inevitablemente dependiente, ya que, recordémoslo, ha venido con un problema que no ha podido resolver por sí mismo y cuya solución depende en gran parte del médico.

La calidad de escucha del medico , es de gran importancia. Aunque no se trate de una psicoterapia ritualizada, el clima psicológico de los intercambios influye mucho en el curso de la enfermedad, en particular en las de larga duración y crónicas. El médico debe tener muy presente que el paciente puede describir sus dificultades pero no comprenderlas y que lo que pide es que le reformule su problema y colabore en la búsqueda de una mayor comprensión de sí mismo y de sus dificultades psicológicas.

Según Michael Balint, en los tratamientos de larga duración se le puede presentar al médico algunos problemas. Será útil hablar de ellos con sus colegas en un grupo de discusión (grupo Balint) en el que el líder, debe conocer los problemas de la psicología médica, por lo que recomienda sea un psicoterapeuta psicoanalista, cuando la problemática psicológica sea preponderante o compleja con una demanda de replanteamiento psicológico profundo será cuando el médico general o especialista en psicopatología, enviará al paciente a un psicoterapeuta.

La derivación de un enfermo al psiquiatra "para desembarazarse de aquel" sólo puede aumentar la frustración y la agresividad del paciente. Es una falta profesional, por lo que la cita debe ser preparada disminuyendo las resistencias del paciente.

Contra la ansiedad, el paciente puede utilizar defensas más o menos regresivas. Puede luchar mediante: 1) la comprensión intelectual que le permite participar activamente en el tratamiento (de ahí la importancia de la información). El médico, en lugar de exigir la sumisión, le pedirá una cooperación racional; 2) El control (por ejemplo en una intervención dental, si el paciente mediante un gesto acordado puede señalar al dentista el dolor, tendrá la impresión de dominar la situación y se sentirá menos abandonado en su dolor); 3) La búsqueda de una protección en la pasividad y la dependencia; el médico debe aceptar a veces esta regresión infantil, pero debe de ser consciente de que puede abocar a una escalada de reivindicación, rebelión y ruptura. (Cit por Haynal, 1984).

TÉCNICAS:

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN: Por medio de la relajación, se busca abordar al enfermo psicossomático a través de su cuerpo, es decir sobre el terreno que él nos ofrece.

EL ENTRENAMIENTO AUTOGENO DE J.H. SHULTZ: Esta inspirado en la hipnosis. Se intenta conseguir por medio de un aprendizaje muy ritualizado, un estado de autohipnosis voluntaria llamada auto-descontracción-concentrativa. El terapeuta sugiere al paciente, que permanece estirado o sentado en un sillón, sensaciones de pesadez (mi brazo que pesa, mis piernas me pesan etc.), de calor, relativas a los latidos, el control de movimientos respiratorios, al calor epigástrico y al frescor de la frente. El que dirige la relajación reitera cuatro o cinco veces cada sugestión y el paciente debe repetirla interiormente. Esta técnica es relativamente rápida (tres meses de tratamiento con ejercicios tres veces al día en casa). En el plano terapéutico se obtiene una distensión, un efecto tranquilizante y una disminución de la resonancia emocional de los afectos.

TÉCNICA DE J. DE AJURIAGUERRA: Se inspira en la técnica psicoanalítica. La elección de palabras, el sonido de la voz, su ritmo permite intercambios afectivos que despiertan una fantasmaticación en relación con la dinámica conflictiva del paciente. El tacto se utiliza dentro de las perspectiva relacional evocadora de las fantasías o de los conflictos.

Estas dos técnicas tienen sus aplicaciones en los trastornos funcionales; a través de la distensión permiten disminuir el impacto de estrés, especialmente cuando esta ligado a situaciones interpersonales conflictivas. Los enfermos psicossomáticos, que toleran mal la intervención psicológica, aceptarán con

mayor facilidad una relajación; ésta podrá desembocar en una toma de conciencia del aspecto psicológico de sus trastornos y conducir a la demanda de psicoterapia verbal a la que hubiesen sido refractarios sin tal preparación.

EL BIO-FEEDBACK: Es un proceso de entrenamiento que permite modificar, dentro de los límites biológicos, funciones o acontecimientos viscerales fisiológicos, que habitualmente son inconscientes, involuntarios y automáticos. Esta técnica se sirve de un aparato electrónico que mide parámetros psicofisiológicos de forma precisa. El entrenamiento implica:

- 1) Control continuo de la respuesta fisiológica que se desea modificar;
- 2) El paciente recibe de forma inmediata (feed-back) una señal de cambio de la respuesta (estas indicaciones aparecen en forma de sonido de intensidad variable, pitidos de frecuencia también variable o cifras);
- 3) Una motivación suficiente para cambiar la respuesta.

De este modo se ha podido modificar experimentalmente las respuestas del EEG (ritmos alfa y heta), la tensión arterial, el ritmo cardiaco, la tensión muscular, la salivación, la temperatura cutánea y la resistencia eléctrica cutánea (que traduce con bastante exactitud el nivel de ansiedad del sujeto).

Gradualmente por el procedimiento de ensayo-error, el paciente desarrolla una estrategia control del feed-back y, en consecuencia, de la respuesta fisiológica. Aprende a asociar determinados pensamientos o imágenes o ciertas sensaciones propioceptivas e interoceptivas (mediación somática) incluso sutiles, con cambios de feed-back.

En algunos casos de ansiedad flotante, el bio-feedback permite favorecer un descondicionamiento, ya sea por aprendizaje consistente en controlar la

resistencia eléctrica cutánea (la ansiedad va ligada a una disminución de esta resistencia), o sea actuando a nivel de la tensión muscular.

LA PSICOTERAPIA VERBAL: Estas técnicas se han concebido para el tratamiento de las neurosis y en este campo tienen las mayores posibilidades de éxito: Se comprende que la indicación y la elección de la forma más adecuada dependen de muchos factores, entre ellos, el nivel de formación del médico y el tiempo del que dispone; hay que tener muy en cuenta también los deseos de los pacientes; por ejemplo, hasta donde desea llegar a cuestionarse y a conocerse a sí mismo (este punto es capital, especialmente en las curas psicoanalíticas), y también cuáles son sus capacidades psicológicas(grado de somatización de sus trastornos, posibilidades de introspección, etc.) En última instancia será la motivación del enfermo la que impondrá la decisión más que el diagnóstico nosológico; por ejemplo, ante una diarrea funcional, un paciente puede ser conducido a una reorganización de su vida si realmente lo desea, mientras que otro preferiría disminuir simplemente el nivel de ansiedad habitual por medio de los tratamientos de relajación, o bio-feedback. (Cit por Haynal, 1984)

TRATAMIENTO PSICOANALITICO

FREUD afirmaba que los órganos neuróticos no son "directamente accesibles" al psicoanálisis, pero pueden serlo indirectamente cuando la ansiedad u otros obstáculos se ponen de acuerdo en la descarga adecuada de los impulsos, estos son eliminados por el análisis, los síntomas indirectos desaparecen sin haber constituido un objeto específico del análisis . La alteración en la función no puede ser analizada, porque carece de contenido inconsciente , pero si se puede analizar la actitud que la ha motivado. Si el estado de estancamiento es superado, las consecuencias involuntarias también desaparecen. Claramente se

ve que es la actitud o el bloqueo de la descarga y no el sintoma en si mismo, sino el objeto del análisis.

Mediante un análisis de prueba se deberá estimar previamente la importancia etiológica relativa de los factores inconscientes y establecer un diagnóstico dinámico. (Feniquel, 1976)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Los ansiolíticos, medicamentos sedantes, no deben prescribirse con frecuencia. Más que los medicamentos ansiolíticos se suele prescribir antidepresivos tricíclicos, debido a que tienen una acción no psicotrópica. Se ha demostrado, por ejemplo que disminuyen los síntomas intestinales en dosis que son muy bajas para producir un efecto psicotrópico. Tampoco existe ninguna correlación entre la efectividad de estos medicamentos y la presencia de ansiedad o depresión en el estado previo al tratamiento. Se ha demostrado que la desipramina, que es un agente tricíclico puede mejorar el dolor sin afectar la depresión. Por otro lado se ha demostrado que los pacientes con S.C.I. que no tienen síntomas psiquiátricos mejoran en mayor grado que los pacientes con S.C.I. con síntomas psiquiátricos; de tal forma que parece haber también una acción no psicotrópica en el intestino, y un buen número de estudios demuestran un efecto de los aspectos psicológicos sobre los síntomas intestinales.(Sparber, 1992)

Como lo hemos mencionado, el tratamiento de trastornos psicósomáticos como el síndrome de colon irritable debe basarse en un análisis cuidadoso del trastorno del comportamiento. por ejemplo es muy importante saber si este último se ha mantenido por ansiedad o por una recompensa positiva. el abordaje

de los pacientes psicosomáticos debe ser amplio, englobar las variables físicas, psicológicas y sociales, así como combinar métodos médicos y psicológicos.

La revisión presentada nos permite observar que para ayudar al paciente en el plano psicológico, disponemos de:

- 1) conversación para clarificar;
 - 2) Conversaciones y confesiones centradas en la culpabilidad y la angustia, la descarga de la angustia, la catarsis;
 - 3) Apoyo moral (psicoterapia de apoyo), eventualmente consejos.
 - 4) Estrategias destinadas a hacer perder un hábito; descondicionamiento, hipnosis, relajación, bio-feedback.
 - 5) Psicoterapias de insight, en las cuales el paciente, con la ayuda del terapeuta adquiere un mejor conocimiento de sí mismo y puede mejorar su vida según sus deseos profundos: psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis.
- Todos estos tratamientos pueden practicarse individualmente o en grupo.

Existen inventarios mediante los cuales podemos medir de una forma cuantitativa la aparición de síntomas como depresión, ansiedad y estrés etc. en diversas patologías o enfermedades. En este estudio utilizamos el Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota-2, para medir depresión, ansiedad y estrés en pacientes con síndrome de colon irritable, debido a que es una prueba altamente conocida y confiable, además de contar con normas especiales para la población mexicana.

En el siguiente capítulo se expondrá ampliamente este inventario.

CAPITULO V

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA-2

ANTECEDENTES:

El inventario de la personalidad de Minnesota empezó a desarrollarse en el año de 1930 en el estado de Minnesota en los Estados Unidos, como una prueba que cubria los requisitos para evaluar el trabajo clínico en el Departamento de Neuropsiquiatría del hospital de la Universidad de Minnesota; en donde S.R: Hathaway y J. C. McKinley tuvieron a cargo su desarrollo.

Ellos tomaron en cuenta puntos muy importantes tales como: Familia, la sexualidad, la religión y desórdenes neurológicos entre otros.

El inventario original se denominó Registro Multifásico de la personalidad por Hatahaway & McKinley en 1949, esta consistía en 504 frases formuladas en tarjetas, que el individuo debería colocar en un cajón de cierto; uno de falso, y otro de no puedo decir, según la respuesta seleccionada, sin embargo la construcción de la prueba se dió en base a una aproximación empírica. (Cit. por Barcelata 1997)

Las escalas clínicas fueron las primeras en construirse, se inició con el diseño de la escala 1 Hipocondriasis; la segunda escala en aparecer fue la de Depresión, en 1942 Hathaway y McKinley, publicaron sus resultados de estudios con sujetos diagnosticados como depresivos. Después siguió la construcción de las escalas de Psicastenia e Histeria. Posteriormente se construyó la escala Mf Masculinidad-Femineidad.

En 1942 Hathaway y McKinley, publicaron cuatro escalas más como indicadores de la validez del instrumento. La escala "no puedo decir "?", constituida por los reactivos sin contestar por el sujeto, la escala L (Lie) o de mentiras, la escala F, Indicador de la forma de contestar del sujeto (al azar o de desviación extrema),

la escala K, elaborada por Meehl y Hathaway (1946), como un factor de corrección para las otras escalas clínicas y equilibrar o dar peso apropiado a cada una de ellas restándole el efecto defensivo del sujeto. A estas escalas se les denominó escalas de validez o control. Con el fin de evitar o disminuir la tendencia a asociar cualquier otro significado debido al nombre clínico de las escalas, se decidió asignársele un número reemplazando el nombre original de las escalas, quedando de la siguiente manera:

Escala 1 (Hipocondrias), Escala 2 (Depresión), Escala 3 (Histeria), Escala 4 (Desviación Psicopática), Escala 5 (Masculinidad - Femenidad), Escala 6 (Paranoia), Escala 7 (Psicastenia), Escala 8 (Esquizofrenia), Escala 9 (Hipomania), Escala 0 (Introversión Social ó Socialización-Introversión). (Cit. por Barcelata 1997).

Gracias a múltiples investigaciones, con el paso del tiempo se fue corroborando la utilidad del instrumento en la descripción o inferencia de las conductas de los individuos por lo que el MMPI se reconoció como un instrumento altamente confiable gracias a que los resultados eran consistentes a través de diferentes administraciones.

A principios de los cincuentas, la popularidad del MMPI fue de gran relevancia por lo que se produjeron las primeras traducciones en Alemania, Puerto Rico e Italia; y en la época de los setentas se encontraban más de 50 traducciones a lenguas extranjeras. (Rivero, 1991). Actualmente existen más de 140 traducciones del MMPI en 46 países (Butcher & Williams, 1993) encontrándose traducido al español en España, Chile y México. (Cit. por Barcelata, 1997).

La primera traducción en México del MMPI fue publicada en 1967, siendo el resultado de una traducción inicial en México y una revisión posterior en Puerto Rico por el propio Dr. Hathaway y el Dr. Mena, y una tercera revisión y

adaptación para América Latina realizada finalmente en México por el Dr. Nuñez. (Nuñez 1979).

No obstante la popularidad del MMPI, con el paso del tiempo y a pesar de que algunas de las dificultades se subsanaron, aparecieron otras. Limitaciones en la normalización para su uso en la propia Unión Americana y en otros países; que indicaban la necesidad de llevar a cabo una revisión y reestandarización del instrumento. En 1982 James Butcher, Grant Dahlstrom, y John Graham, fueron designados por la Universidad de Minnesota para desarrollar dicha tarea.

El propósito del este comité fue el llevar a cabo una revisión del MMPI sin perder de vista las ventajas que representaba y mantener su continuidad, de alguna forma se pretendía actualizar y enriquecer el MMPI original, a través principalmente de estudios con muestras aleatorias para renovar las normas; revisar reactivos a fin de realizar cambios, sustituciones y/o eliminación; y adición de los mismos, resultando así la nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2 en 1995 realizado por la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo.

Los cambios más importantes hechos al inventario fueron los siguientes:

- 1) Introducción de puntuaciones T Uniformes en lugar de T lineales fundamentalmente en las escalas básicas y de contenido. Presentando una distribución percentilar uniforme y permitiendo hacer comparaciones más exactas (Hovath, 1992; Tellegen & Ben-Porath, 1992) entre las diferentes escalas.
- 2) La obtención de normas nacionales contemporáneas más representativas, en la medida de que participaron diferentes tipos de población de diversos orígenes étnicos. Así como un mayor rango de edad (18-84 años)
- 3) Diseño, reelaboración y eliminación de reactivos obsoletos.
- 4) Desarrollo de una nueva versión del MMPI para adolescentes (MMPI-A) con nuevos reactivos y nuevas normas (Butcher & Williams, 1993).

- 5) Introducción a un nuevo grupo de escalas de contenido
 - 6) Mayor número de escalas de validez como la Fp, INVAR y la Fpsi.
 - 7) Integración de un grupo de escalas suplementarias retomadas cuatro de ellas de las tradicionales y ocho adicionales.
 - 8) Implementación de las subescalas de Harris-Lingoes.
 - 9) Elaboración de nuevas subescalas de Is (Is1, Is2, Is3); así como escalas adicionales de Alcoholismo de MacAndrew RCN Reconocimiento de la Adicción, y TDN Tendencia a la Adición (Ben-Porath, 1995; Ben-Porath, Hoestetter, et al 1989; Lucio y Ampudia, 1995).
 - 10) Introducción de hojas de respuesta de lectura óptica para ser calificadas manualmente o por computadora, así como tres grupos de perfiles: Escalas Básicas; Escalas de Contenido; y Escalas Suplementarias. (Lucio, 1995)
- Estos mismos cambios fueron desarrollados en México y publicados por la Dra. Lucio y colaboradores en 1994.
- Los 10 cambios permitieron al inventario tener una confiabilidad y validez por encima de otras pruebas que evalúan personalidad como por ejemplo 16FP (Anastasi, 1980), por lo que ha sido utilizado en distintas áreas de la psicología como son: la clínica, industria y educativa en diversos países del mundo. (Lucio, 1995)

El inventario multifásico de la personalidad Minesota-2 (MMPI-2) es una prueba de amplio espectro diseñada para evaluar un número importante de tipos de personalidad y de desórdenes emocionales. Puede aplicarse fácilmente tanto en forma individual como colectiva. Requiere que los sujetos tengan un nivel de lectura de 2° de secundaria (8° grado), así como de su cooperación y dedicación hacia la tarea de contestar el inventario. La prueba en sí misma proporciona la manera de verificar si estos requisitos no se han cumplido, ya que el perfil puede ser invalidado en caso de que las escalas INVER en puntuaciones crudas sea de

13 o más puntos y las puntuaciones crudas de INVAR sean de 5 o menos puntos, ó de 13 o mas puntos; esto debido a que estos perfiles se caracterizan por inconsistencia significativa. (Lucio, 1995)

El MMPI-2 proporciona puntuaciones y perfiles objetivos derivados de normas nacionales representativas. Se dispone también de los resultados de muchos años de investigación sobre las escalas y sus patrones de interrelación, para orientar la interpretación de las puntuaciones de las pruebas MMPI-2. Además, el usuario de la prueba puede pedir en Estados Unidos los servicios interpretativos por computadora, diseñados para proporcionar un extenso rango de hipótesis acerca del diagnóstico y de la evaluación. (En México, la Universidad Nacional Autónoma de México ofrece la calificación computarizada del MMPI-2.) Las investigaciones publicadas sobre el MMPI-2 original proveen una gran cantidad de datos sobre la manera en que se puede aplicar el MMPI-2 en varias situaciones de evaluación. (Lucio, 1995)

Este inventario se encuentra conformado por escalas clínicas, de contenido y suplementarias además de escalas de validez: L,F,K ,FP, INVER Y INVAR.

ESCALA L (MENTIRA).

Esta escala valora la actitud del individuo ante la resolución del inventario. Una puntuación elevada sugiere que el individuo intenta proporcionar una imagen falsa de sí mismo, tratando de que sea favorable para los demás. (Lucio y Ampudia 1995).

ESCALA F (INFRECUENCIA).

Las puntuaciones elevadas evalúan los síntomas que pueden presentar los sujetos con alguna problemática que le cause tensión; como pueden ser: problemas familiares , de pareja, pérdida de algún ser querido o de trabajo. Por

otro lado las puntuaciones muy elevadas (T 91 o más), pueden sugerir dislexia severa, patología fingida, proceso psicótico o respuestas al azar. (Lucio, 1994).

ESCALA K (CORRECCION).

Las puntuaciones altas en esta escala sugieren que el individuo tiende a mostrar resistencias al responder al inventario, por lo que finge estar bien, esto es por su timidez, inhibición, o por falta de involucramiento emocional.

La escala evalúa también los requerimientos tanto intelectuales como educacionales con los que cuenta el individuo para enfrentar situaciones (insight). (Lucio, 1994)

ESCALA Fp (Fb-F BACK).

Los puntajes altos en esta escala indican que el sujeto no puso atención al contestar la última parte del inventario ó que las respondió al azar. (Lucio y Ampudia 1995)

ESCALA INVAR(INCONSISTENCIA EN LAS RESPUESTAS VARIABLES)

"Consistente en pares de reactivos que pueden ser inconsistentes al responderse dando como resultado cuatro patrones de respuesta (V-F, F-V, F-F, V,V.). Mide la validez de un perfil a través de la detección de la tendencia a responder inconsistentemente".(Lucio, 1994)

ESCALA INVER (INCONSISTENCIA EN LAS RESPUESTAS VERDADERAS).

"Evalúa la inconsistencia de las respuestas verdaderas, añadiendo validez a la prueba. Puntuaciones elevadas indican que se contestaron verdaderos algunos reactivos en forma indiscriminada. Puntajes bajos tendencia a contestar falso, de manera indiscriminada". (Lucio, 1994)

ESCALAS CLÍNICAS BÁSICAS

"Para las escalas clínicas del MMP1-2 se consideran elevación moderada a la puntuación T entre 60 y 64, y alta a la puntuación T igual o mayor a 65.

Las puntuaciones bajas en la mayoría de las escalas clínicas no se interpretan como presencia de cualidades particulares. Excepción a esta regla de interpretación son las escala 0 (Introversión Social,) y la escala 5 (Masculinidad-Femineidad, Mf), cuya significación es bipolar. Esto es, que la escala Mf y Si se interpretan tanto en las puntuaciones bajas como en los rangos elevados". (Lucio, 1994)

ESCALA 1 (Hs : HIPOCONDRIASIS).

Los individuos que obtienen puntuaciones altas en esta escala se caracterizan por tener una gran preocupación por la salud mostrando diversidad de síntomas como pueden ser: dolor e inflamación en alguna parte del cuerpo, agotamiento físico, distensión abdominal etc; Incluso algunos sujetos pueden llegar a paralizarse por su síntomas.

Estas personas presentan una personalidad narcisista, egoísta y tienen sentimientos de culpabilidad, por lo que se muestran insatisfechos e infelices. Por otro lado son sujetos que no pueden expresar abiertamente su hostilidad por lo que lo hacen de forma indirecta. (Lucio y Ampudia 1995)

Escala 2 (D: DEPRESIÓN).

Las puntuaciones elevadas en esta escala indican personas tristes e infelices, con poca energía y mucha tensión; tienden a ser autocríticos y presentan grandes sentimientos de culpabilidad, además son tímidos, inseguros, indecisos, tienden a aislarse y a no relacionarse socialmente por lo que sus relaciones interpersonales son superficiales. (Lucio y Ampudia 1995).

Escala 3 (Hi : HISTERIA)

Las personas que puntúan alto en esta escala son personas inmaduras emocionalmente, caprichosas y manipuladoras.

Se relacionan socialmente, sin embargo sus relaciones son superficiales.

Su hostilidad reprimida puede llegar a desinhibirse, con muy poca conciencia de las consecuencias que puede desatar esto. (Lucio y Ampudia 1995)

ESCALA 4 (Dp : DESVIACIÓN PSICOPÁTICA)

Los individuos que presentan una puntuación alta en esta escala son agresivos, cínicos, resentidos y rebeldes, además de no presentar sentimientos de culpa; sin embargo estos pueden llegar a fingir su culpa cuando presentan algún tipo de problemática.

Estas personas pueden llegar a ser agresivas abiertamente, por otro lado no presentan metas ni propósitos bien definidos. (Lucio y Ampudia 1995).

Escala 5 (Mf : MASCULINIDAD-FEMINEIDAD)

Los reactivos de esta escala evalúan los intereses, actitudes y emociones sobre el trabajo o intereses sexuales.

Las respuestas de los individuos indican que tanto sus actividades, intereses y actitudes se apegan a su género y cultura. (Lucio y Ampudia 1995).

Escala 6 (Pa: PARANOIA)

Las puntuaciones muy altas (T>80) indican trastornos del pensamiento, proceso psicótico, así como delirios de persecución, grandeza o ideas de referencia.

Las enfermedades que más se muestran con esta elevación son: Esquizofrenia, Paranoia o Personalidad paranoide.

Las personas con puntuaciones altas pueden ser muy sensibles por lo que responden exacerbadamente ante algunos estímulos. por otro lado se sienten fracasados y culpan a las demás de este. (Lucio y Ampudia, 1995)

ESCALA 7 (Pt PSICASTENIA)

Las personas con puntuaciones elevadas en esta escala son timidas, inseguras, distraidas, ansiosas, tensas y agitadas; además de que siempre presentan una sensación de preocupación. Frecuentemente son moralistas, perfeccionistas y meticulosos. (Lucio y Ampudia 1995)

ESCALA 8 (Es: ESQUIZOFRENIA)

Los individuos que puntúan alto en esta escala son agresivos, impulsivos y ansiosos, son incapaces de mostrar sus sentimientos y resolver sus problemáticas por lo que suelen refugiarse en sus fantasías y ensonaciones.

Las personas que puntúan muy alto (T>80) manifiestan delirios, alucinaciones, pobreza de juicio o actitudes extrañas. (Lucio y Ampudia, 1995)

Escala 9 (Ma HIPOMANIA)

Las personas con puntuación muy elevada en esta escala muestran ensalada de palabras, delirios y alucinaciones.

Son personas con muchas metas, sin embargo no utilizan adecuadamente su energía y no terminan lo que se proponen debido a su poca organización. Presentan poca tolerancia a la frustración y pueden llegar a ser agresivos o impulsivos.(Lucio y Ampudia, 1995)

ESCALA 0 (IS INTROVERSIÓN SOCIAL)

Las personas que puntúan alto tienden a la timidez e introversión por lo que son personas generalmente solas, aisladas, retraídos e inseguros.

Las puntuaciones bajas indican personas sociables, amigable y exhibicionistas.
(Lucio y Ampudia, 1995)

ESCALAS DE CONTENIDO

Las escalas de Contenido cuentan con un significado teórico además de un poder predictivo, ya que han mostrado coeficientes de validez paralelos a aún superiores a los de las escalas clínicas más antiguas (Butcher y cols. 1990). A través de ellas se obtiene información sobre el funcionamiento de la personalidad que no está disponible en otras escalas clínicas; por ejemplo, una escala ENJ (enojo) muy alta puede reflejar un patrón de conducta asociada con pérdida de control, y una OBS alta refleja problemas de procesamiento cognitivo, como indecisión, cavilaciones improductivas, y aspectos similares.

(Lucio y Ampudia, 1995).

Las escalas de contenido pueden ser interpretadas de la siguiente manera tomando en cuenta estas cuatro áreas clínicas generales: 1) Síntomas o tensiones internas, 2) tendencias agresivas externas, 3) autoconcepciones negativas y 4) área de problemas generales: sociales, familiares, en el trabajo y en el tratamiento. (Butcher y cols.1990).(Cit. por Lucio y Ampudia, 1995)

1) CONDUCTAS SINTOMÁTICAS INTERNAS

ANS(ANSIEDAD)

Las personas que puntúan alto en esta escala presentan generalmente síntomas ansiosos como: tensión, dolor, inflamación, problemas gastrointestinales así como trastornos del sueño.

Los individuos son preocupones, distraídos, miedosos y con una tensión constante; también son inseguros, indecisos y muestran conciencia de sus síntomas y problemas. (Lucio y Ampudia, 1995)

MIE (MIEDOS).

Las elevaciones de la escala indican miedos específicos como pueden ser: al dinero, al agua, altura, desastres naturales o algún tipo de animales (insectos, reptiles etc). (Lucio y Ampudia 1995)

OBSESIVIDAD (OBS).

Las personas que puntúan alto en esta escala son meticulosos e indecisos, además de presentar conductas repetitivas como guardar o contar cosas sin importancia. Por otro lado son sujetos con constantes preocupaciones debido a que se sienten abrumados por sus mismos pensamientos. (Lucio y Ampudia, 1995)

DEPRESION (DEP).

las personas con calificaciones altas en esta escala son: infelices y tristes, tienden a llorar fácilmente y no presentan algún interés específico en la vida por lo que en ocasiones el individuo puede intentar suicidarse o tener el deseo de estar muerto.

Presentan sentimientos de culpa y piensan que están condenados por sus pecados. (Lucio y Ampudia, 1995)

PREOCUPACIÓN POR LA SALUD (SAU).

Esta escala evalúa somatización en general. Las personas que obtienen puntuaciones altas, presentan síntomas corporales como dolor, distensión

abdominal, náuseas, estreñimiento, vértigo, desmayos, problemas de la piel etc.
(Lucio y Ampudia, 1995)

PENSAMIENTO DELIRANTE (DEL).

Los sujetos con puntuaciones altas en esta escala presentan delirios de persecución, grandeza o de ideas de referencia.

Pueden presentar alucinaciones de tipo auditivo, visual u olfativo, con poca capacidad de juicio; sin embargo pueden reconocer que sus pensamientos son extraños y peculiares. (Lucio y Ampudia, 1995)

2) TENDENCIAS AGRESIVAS EXTERNAS.

ENOJO (ENJ).

Las personas con calificaciones altas en esta escala se caracterizan por ser impulsivas, irritables agresivas e impacientes.

Puede agredir físicamente a otras personas o a ellos mismos, además de destruir objetos. (Lucio y Ampudia, 1995)

CINISMO (CIN).

Las personas con puntuaciones elevadas en esta escala son desconfiadas, debido a que poseen la creencia de que las personas son honestas por miedo a ser descubiertas o porque tienen un interés en especie; por lo que mantienen actitudes negativas hacia quienes están cerca de ellos, como son sus familiares, amigos o compañeros de trabajo. (lucio y Ampudia, 1995)

PRACTICAS ANTISOCIALES (PAS).

Los puntajes elevados en esta escala indican individuos con conductas sociopáticas como pueden ser robos, o hurtos a tiendas. Este tipo de

actividades los divierten y suelen estar siempre en contra de las reglas por lo que siempre están eludiendo a la ley. (Lucio y Ampudia, 1995)

PERSONALIDAD TIPO A (PTA).

Las personas con calificaciones elevadas en esta escala se caracterizan por estar continuamente apresurados y orientados al trabajo.

Son impacientes y no les gusta ser interrumpidos al estar realizando sus actividades. Son directos y pueden ser posesivos en sus relaciones interpersonales. (Lucio y Ampudia, 1995)

3) AUTOCONCEPTO NEGATIVO.

BAJA AUTOESTIMA (BAE).

Las calificaciones altas en esta escala indican individuos con poca confianza en si mismos. Piensan que no son importantes , ni agradables, ni atractivos sino todo lo contrario inútiles, torpes, feos etc.

Para ellos es muy difícil aceptar los elogios. No tienen metas porque se sienten incapaces de llevarlas a cabo. (Lucio y Ampudia, 1995)

4) ÁREA DE PROBLEMAS GENERALES.

INCOMODIDAD SOCIAL(ISO).

Las personas con puntuaciones altas en esta escala se caracterizan por ser solitarios y tímidos.

Generalmente no les gustan las fiestas, pero si llegan asistir siempre se sientan aislados de las demás personas. (Lucio y Ampudia, 1995)

PROBLEMAS FAMILIARES(FAM).

Las calificaciones altas en esta escala indican problemas familiares importantes (agresión, carencia de amor, maltrato), es posible que los individuos con puntuaciones elevadas hablen de una infancia infeliz y carente de amor. (Lucio y Ampudia, 1995)

DIFICULTAD EN EL TRABAJO(DTR).

las calificaciones altas en esta escala indican conductas o actitudes que probablemente se deban a un pobre desempeño laboral. Algunos de estos problemas se relacionan con baja autoestima, distracción, conductas repetitivas, estrés, además de dificultades en la relación a la toma de decisiones. Otros sujetos sugieren la falta de apoyo familiar para la elección profesional y actitudes negativas hacia los colaboradores. (Lucio y Ampudia 1995)

RECHAZO AL TRATAMIENTO (RTR).

Las calificaciones altas indican que se trata de individuos con actitudes negativas hacia los médicos y el tratamiento relacionado con la salud mental. Los individuos que puntúan alto en esta escala no creen que alguien pueda entenderlos o ayudarlos. Tienen problemas ya que no se sienten cómodos discutiendo con alguien. (Lucio y Ampudia, 1995)

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

El material interpretativo para estas cuatro escalas es, en general más completo que para otras medidas más novedosas que se ofrecen actualmente en el MMPI-2.

ESCALA DE ANSIEDAD: A

La escala investiga angustia, ansiedad, inconformidad y disturbios emocionales generales.

ESCALA DE REPRESIÓN: R

Esta escala se refiere a características como: tendencia a ser convencionales, sumisión, así como la necesidad de esforzarse para evitar disgustos o situaciones desagradables.

ESCALA DE FUERZA DEL YO: Fyo (La escala Fyo (Es)

Es una medida de adaptación, fortaleza, de recursos personales y de funcionamiento eficiente. Es también un buen indicador general de salud psicológica.

ESCALA REVISADA DE ALCOHOLISMO DE MAC-ANDREW MAC-A (MAC-R)

“Los puntajes elevados pueden estar asociados con la propensión a la adicción en general, más que con la tendencia al alcoholismo solamente. Además de sugerir la posibilidad de un problema de abuso de sustancias, los puntajes altos son característicos de personas socialmente extrovertidas, exhibicionistas y que están dispuestas a correr riesgos. La escala fue desarrollada por Mac Andrew en 1965, utilizando dos diferentes grupos de pacientes. Las respuestas a los reactivos de hombres quienes se sabía que eran alcohólicos, fueron contrastadas con las de pacientes psiquiátricos varones”.(Lucio, 1994)

ESCALAS SUPLEMENTARIAS ADICIONALES

ESCALA DE HOSTILIDAD REPRIMIDA: Hr

Esta escala proporciona una medida de la capacidad individual para tolerar la frustración sin tomar represalias y la tendencia de las personas a responder apropiadamente a la provocación en la mayoría de los casos, aunque ocasionalmente demuestren respuestas de agresión exagerada sin provocación aparente. (Lucio Y Ampudia, 1995)

ESCALA DE DOMINANCIA: Do

Esta escala es una medida de la tendencia de un individuo a tener ascendiente y control sobre sus relaciones interpersonales. (Lucio, Ampudia, 1995)

ESCALA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL: Rs

La escala evalúa características como: capacidad de la persona para aceptar las consecuencias de su propia conducta , responsabilidad, integridad y compromiso para con el grupo. (Lucio, y Ampudia, 1995)

ESCALA DE DESADAPTACION PROFESIONAL: Dpr

Los puntajes de esta escala son útiles en la identificación de la existencia de problemas emocionales en los jóvenes durante los estudios profesionales, pero no muy útil en predecir futuras dificultades de adaptación.

Las personas con puntajes altos en la escala Dp parecen estar poco adaptados y generalmente ser ineficientes, pesimistas y angustiados. (Lucio y Ampudia, 1995)

ESCALAS DE GENERO MASCULINO Y GENERO FEMENINO

"Para los sujetos masculinos la escala GF se relaciona con religiosidad, la tendencia a no hacer juramentos o maldecir, además de ser francos en señalar a otros sus faltas personales.

Esta escala también se correlaciona con el ser impositivo, tener poco control sobre el propio temperamento y propensión al abuso del alcohol y de las drogas. Para las mujeres la GF también se relaciona con religiosidad y problemas con el alcohol y las drogas (no prescritas). Serán necesarias investigaciones más numerosas para determinar el potencial total de estas nuevas escalas de género". (Lucio, 1994)

ESCALAS DE DESORDEN POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EPK Y EPS.

"LA ESCALA ORIGINAL (DESIGNADA EPK) fue desarrollada por Keane, Malloy y Fairbank (1984). Se basó en el contraste entre pacientes psiquiátricos de la Administración de veteranos con otro tipo de desórdenes psiquiátricos. La escala EPK se ha utilizado con otros grupos de hospitales de veteranos y la validación cruzada. Ha resultado aceptable.

Una segunda escala que aquí se denomina EPS es la elaborada por Schlenger y Kulka (1987). Esta escala a diferencia de la escala EPK, se desarrolló contrastando veteranos de Vietnam sanos emocionalmente con otros que presentaban desórdenes post traumáticos, sin otros problemas psiquiátricos. Estas dos escalas tienen en gran parte a ser más independientes una de la otra; ambas pueden usarse conjuntamente para mejorar la clasificación diagnóstica. Los autores de ambas escalas continúan trabajando para refinar estas medidas". (Lucio, 1995)

Para una información mas profunda sobre el inventario puede consultar a Lucio 1994 y Lucio y Ampudia 1995.

CAPITULO VI

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Generalmente el manejo de los pacientes con diagnóstico de colon irritable son tratados a base de medicamentos, sin embargo poca importancia se le ha dado al factor emocional como posible factor predisponente de la enfermedad, ya que en diversas investigaciones autores como Song, Merskey, Whitehead, Gween, Grahan entre otros, han observado que los pacientes con este tipo de enfermedad presentan un incremento de depresión y ansiedad lo cual los incapacita a enfrentar situaciones estrésantes a lo largo de su vida exacerbando posiblemente la enfermedad. Por esta razón consideramos debe conocerse si existen factores psicológicos principalmente depresión, ansiedad en el síndrome de colon irritable (SCI).

OBJETIVO :

1.- Conocer si en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable existen alteraciones psicológicas tipo depresión y ansiedad.

HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Si, Blachard, Whitehead, Fisenko, Song , encontraron que los pacientes con Síndrome de colon Irritable tendían a presentar síntomas de ansiedad y depresión entonces los pacientes que asisten por enfermedad de colon irritable al Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos ,presentaran síntomas de depresión y ansiedad.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS:

Hi: Las personas con síndrome de colon irritable presentan una puntuación alta en la escala 2 (Depresión) del MMPI-2.

Ho: Las personas con síndrome de colon irritable no presentan puntuaciones altas en la escala 2 (Depresión) del MMPI-2.

Hi : Las personas con síndrome de colon irritable presentan una puntuación alta en la escala DEP (Depresión) del MMPI-2.

Ho: Las personas con síndrome de colon irritable no presentan puntuación alta en la escala Dep (Depresión) del MMPI-2.

Hi: Las personas con síndrome de colon irritable presentan puntuaciones altas en la escala 7 (Psicastenia) del MMPI-2.

Ho: Las personas con síndrome de colon irritable no presentan puntuaciones altas en la escala 7 (Psicastenia) del MMPI-2.

Hi: Las personas con síndrome de colon irritable presentan puntuaciones altas en la escala 1 (Hipocondriasis) del MMPI-2.

Ho: Las personas con síndrome de colon irritable no presentan puntuaciones altas en la escala 1(Hipocondriasis) del MMPI-2.

Hi: Las personas con síndrome de colon irritable presentan puntuaciones altas en la escala ANS (Ansiedad) del MMPI-2.

Ho: Las personas con síndrome de colon irritable no presentan puntuaciones altas en la escala ANS (Ansiedad) del MMPI-2.

Hi: Las personas con síndrome de colon irritable presentan puntuaciones altas en la escala MIE (Miedo) del MMPI-2.

Ho: Las personas con síndrome de colon irritable no presentan puntuaciones altas en la escala MIE (Miedo) del MMPI-2.

Hi: Las personas con síndrome de colon irritable presentan una puntuación alta en las escalas EPK, EPS (Estrés) DEL MMPI-2.

Ho: Las personas con síndrome de colon irritable no presentan puntajes altos en las escalas EPK, EPS (Estrés) del MMPI-2.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE: Depresión, Ansiedad y Estrés.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Síndrome de colon irritable.

DEFINICIONES CONCEPTUALES:

SÍNDROME DE COLON IRRITABLE: Es un trastorno funcional del tubo digestivo con manifestaciones clínicas crónicas o recurrentes que consiste en dolor abdominal asociado a trastornos de las evacuaciones y distensión abdominal, sin evidencia de anomalías estructurales o bioquímicas.

DEPRESIÓN: Se define como cualquier decremento del rendimiento cognitivo, perceptivo o motor normal. (Kalpan, 1987)

La depresión es una de las reacciones psicopatológicas más frecuentes, se manifiesta por una actitud de concentración en uno mismo en tanto se pierde el interés en las situaciones externas. El paciente deprimido tiende a la pasividad y al abandono porque percibe la futilidad de sus esfuerzos y su incapacidad para encontrar satisfacciones. (Arias, 1985)

ANSIEDAD: excitación emocional similar al miedo o a la aprehensión pero carente de objeto o amenaza. (Darley, 1990). La ansiedad es un trastorno en el que aparecen los signos de angustia expresadas como tensión indecisión, y temores vagos e inespecíficos, así como accesos de sudoración comunes en este tipo de estado. (Castilla del Pino, 1984).

MIEDO: Se define como una cosa objetiva y amenazante, que puede convertirse en angustia por el recuerdo y la supuesta amenaza de enfrentarse a tal circunstancia. (Friedrich Dorsch, 1985).

ESTRÉS: Es provocado por una variedad de estímulos físicos y mentales llamados estresores que desencadenan una respuesta en el organismo llamada síndrome general de adaptación, y que es la forma en que se responde ante una amenaza externa e interna en términos de lucha o huida rompiendo con ello la homeostasis o estado de equilibrio del organismo. (Diez Benavidez, 1993).

DEFINICIONES OPERACIONALES:

SÍNDROME DE COLON IRRITABLE: Fue diagnosticado por el médico especialista (Gastroenterólogo).

DEPRESIÓN: Pesimismo, preocupación extrema, tristeza y sentimientos de culpabilidad.

Se evaluó con la escala 2 (Depresión) del MMPI y la escala DEP (Depresión). con puntajes por arriba de la media 50.

ANSIEDAD: Es la señal de un daño intermitente (real o vivido como tal) que pone en peligro la integridad del yo. Se evaluó con la escala 7 (Psicastenia) del MMPI y la escala ANS (Ansiedad) con puntajes por arriba de la media que es 50

MIEDO: Situación de peligro ante una situación objetiva; fue evaluada con la escala MIE (Miedo) con puntajes por arriba de la media 50.

ESTRÉS: Estado abrumador consecuente al enfrentamiento de situaciones (externas e internas), que el individuo es no capaz de manejar, ni desarrollar mecanismos adecuados para defenderse. Para fines de esta investigación se evaluó de la siguiente manera: en relación con las escalas EPK, EPS (Estrés) y ANS (Ansiedad) del MMPI-2 con puntajes por arriba de la media 50.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El diseño fue no experimental, de una sola medición.

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio transversal, prospectivo, descriptivo y observacional; de campo *ex post facto*, ya que se llevó a cabo dentro de la Institución y las condiciones ya están dadas.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN:

Pacientes con diagnóstico del síndrome de colon irritable que asisten al hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

MUESTRA:

Fue una muestra por cuota ya que se tomaron a los pacientes que llegaron a la consulta externa con diagnóstico de Síndrome de colon irritable en un periodo de 3 meses y estos debieron cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, que a continuación mencionamos:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- A) Pacientes deberán tener entre 18 y 75 años de edad.**
- B) Derechohabientes de Petróleos Mexicanos.**
- C) Contar con estudios mínimos de primaria.**
- D) Ambos sexos**
- E) Pacientes con diagnóstico médico de síndrome de colon irritable.**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- A) Presentar enfermedad crónica degenerativa o enfermedad grave avanzada.**
- B) Presentar daño Neurológico importante. Este aspecto se corroboró mediante la revisión del expediente.**

SUJETOS:

La muestra fue conformada por 34 mujeres y 6 hombres.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

A cada paciente se le aplicó, una entrevista estructurada, el cuestionario de información biográfica y sucesos de vida y el Inventario Multifásico de la Personalidad Minesota-2. Los dos primeros son mostrados en el anexo de la tesis y el tercero en el capítulo 5

PROCEDIMIENTO:

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en forma individual.

1.- Se pidió directamente al paciente su colaboración para la investigación, explicándole la importancia de la misma.

2.- Se procedió a una entrevista individual con una duración aproximada de 30 a 60 minutos, donde se investigaron los antecedentes personales del paciente como: edad, estado civil, evolución de la enfermedad, experiencias con psicólogos y/o psiquiatras, pérdidas afectivas e intentos de suicidio. El intervalo de la entrevista varió entre los pacientes debido a que la mayoría habló sobre su problemática particular (Catarsis).

3.- Aplicación del MMP1-2:

a) Se les dieron indicaciones precisas a los pacientes antes de contestar el inventario.

b) En caso de que los pacientes no cubrieran con la escolaridad requerida (Segundo de Secundaria) se verificó que los pacientes supieran leer y escribir.

c) El tiempo de reacción del inventario, fue de 1 ½ hrs. a 2hrs. El aplicador estuvo con ellos en todo momento con el fin de resolver cualquier duda que le pudiera surgir al paciente.

En algunos pacientes, específicamente en los mayores de 60 años requirieron de 2 sesiones para contestar el cuestionario, debido a que se les cansaba la vista con facilidad.

4.- Aplicación del cuestionario de Información Bibliográfica y sucesos de vida.

a) El tiempo en el que el paciente resolvió el cuestionario fue entre 15 a 20 minutos.

5.- Se citó a los pacientes que se entrevistaban cada semana (5 aproximadamente) a una sesión informativa sobre síndrome de colon irritable, con el objetivo de recompensar su colaboración en la investigación. Esto se hizo por medio de dinámicas de grupo donde tuvieron la oportunidad de compartir su problemática.

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Para el análisis de los resultados se llevo a cabo el siguiente procedimiento.

- 1.- CALIFICACIÓN DE LAS APLICACIONES.-** Estas se evaluaron por computadora en la Facultad de Psicología de la UNAM con la colaboración de la Dra. Emilia Lucio Gomez.
- 2.- ELABORACIÓN DE LOS PERFILES INDIVIDUALMENTE.-** Estos se hicieron manualmente. Se elaboraron 3 perfiles (escalas básicas, de contenido y suplementarias) por cada paciente.
- 3.- CONVERSION DE LOS PUNTAJES CRUDOS A PUNTAJES T.-** Estos se obtuvieron de cada una de las escalas que conforman los tres perfiles.
- 4.- OBTENCION DE LOS PERFILES GLOBALES PARA HOMBRES Y MUJERES.-** Estos se obtuvieron mediante un promedio tomando en cuenta las media y la desviación estándar.
- 5.- INTERPRETACION DE LOS PERFILES:** Se realizó tomando en cuenta las escalas que resultaron por arriba de la media.

6.- Para determinar si las escalas de las hipótesis difieren entre las demás significativamente se calculó una diferencia entre medias tomando un nivel de significancia de .05.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión (media, y desviación estándar), para obtener el promedio general para hombres y mujeres; y así trazar los perfiles.

Las medias obtenidas de las escalas de las hipótesis se evaluaron con la t de student pareada; que mide las diferencias entre medias obtenidas de cada una de las escalas con un nivel de significancia de .05

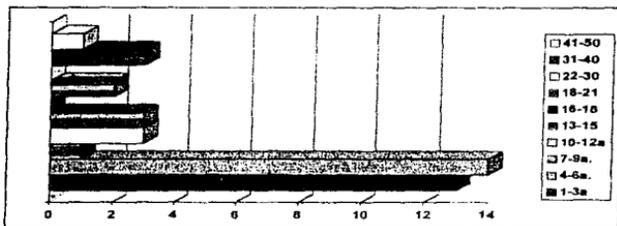
CAPITULO VII

RESULTADOS

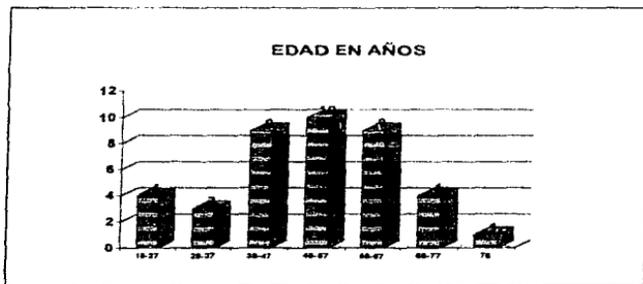
El estudio estuvo integrado por 40 pacientes con diagnóstico médico de síndrome de colón irritable, 36 mujeres y 6 hombres. Respecto a la evolución de la enfermedad, los pacientes reportaron una evolución de 3 meses hasta 50 años(Gráfica 1), esto debido a que las edades de ellos fluctuaron de los 18 a los 78 años(gráfica 2). Por otro lado 35 de los pacientes estaban casados, 3 solteros y dos viudos (gráfica 3), y 13 presentaron patología psiquiátrica grave. Se observó que la mayoría de los pacientes presentaron duelos no elaborados (gráficas 4 y 5), además que el 70% de los pacientes en nuestro estudio presentaron alguna problemática sexual (Gráfica 6), así como el 20 % presentó intento de suicidio.(gráfica 7)

Esta información fue obtenida mediante la entrevista y el cuestionario de información biográfica y sucesos de vida(solo se ocuparon los reactivos sobre información biografica; estos se muestran en los anexos).

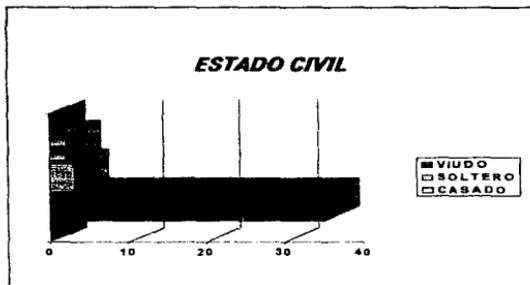
EVOLUCION SINDROME DE COLON IRRITABLE



gráfica 1



gráfica 2

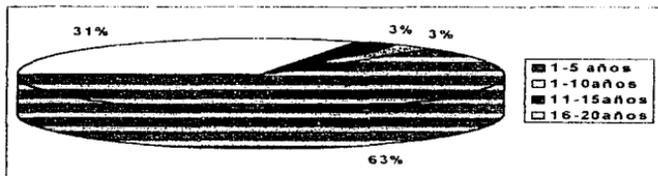


gráfica 3



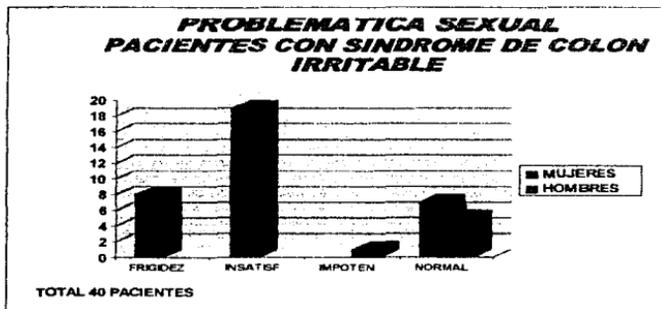
gráfica 4.

**DUELOS NO ELABORADOS
EN PACIENTES CON SINDROME DE COLON
IRRITABLE**



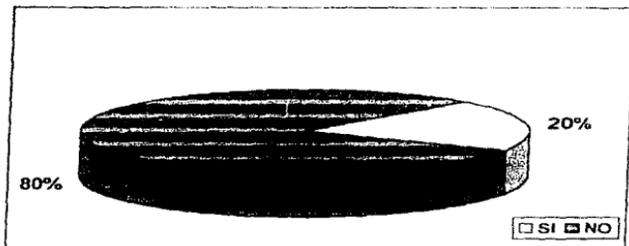
gráfica 5

**PROBLEMATICA SEXUAL
PACIENTES CON SINDROME DE COLON
IRRITABLE**



gráfica 6

INTENTOS DE SUICIDIO EN PACIENTES CON SINDROME DE COLON IRRITABLE



gráfica 7.

Respecto a los resultados obtenidos en el inventario Multifásico de la personalidad de Minnessota-2 encontramos lo siguiente:

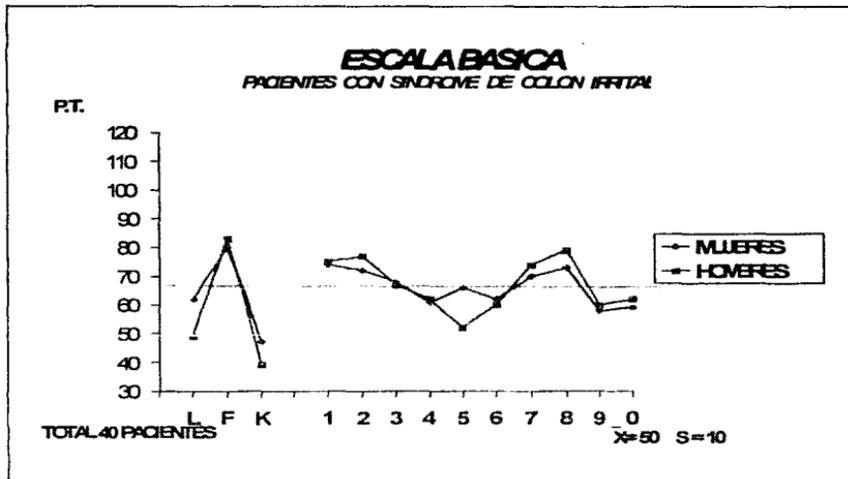
En el perfil de escalas básicas: Las mujeres fueron sinceras al contestar el inventario (L), ya que reconocieron tener mucha problemática (F) , suplicando ayuda, pues se sienten incapaces de resolver sus problemas (K). Por otra parte los hombres se mostraron muy convencionales y conformistas(L) reconociendo su problemática (F) y mostrando mas recursos para resolver esta(K).

Las escalas que sobresallieron(>deT65) son: la 1(Hipocondriasis) , 2 (Depresión) 7 (Psicastenia), 8 (Esquizofrenia) y la 3 (Histeria). estas sugieren depresión, ansiedad y somatización.

La elevación de la escala 8 es debida a que los pacientes no cuentan con los recursos necesarios para resolver su problemática y tienden a fugarse a la fantasía.

Los hombres se mostraron más ansiosos y depresivos que las mujeres. Este perfil esta compuesto principalmente por la triada neurótica.

En general la sintomatología que se observa en este perfil es la siguiente: El paciente hace mucho hincapié en malestares físicos, por lo que presentan anorexia, náusea, vómitos, angustia, dependencia, inadecuación, pasividad, tensión, depresión. Son personas débiles, temerosas e inadecuadas en su trabajo, con una historia de muchos años de improductividad; intentan perpetuar su papel débil e inútil cuando se encuentran a personas fuertes, adecuadas y protectoras. Son inadecuados en sus relaciones interpersonales y a veces encuentran refugio en su dependencia en drogas y alcohol. Algunos de los pacientes suelen remplazar a la madre o el padre por la compañía o casa industrial donde trabajan y nunca se atreven a cambiar de empleo por inercia y miedo a sufrir cualquier cambio de rutina. Los temores que afectan a estos pacientes reflejan actitudes aprendidas en épocas tempranas de la vida, a través de experiencias traumáticas. (gráfica 8)



gráfica 8

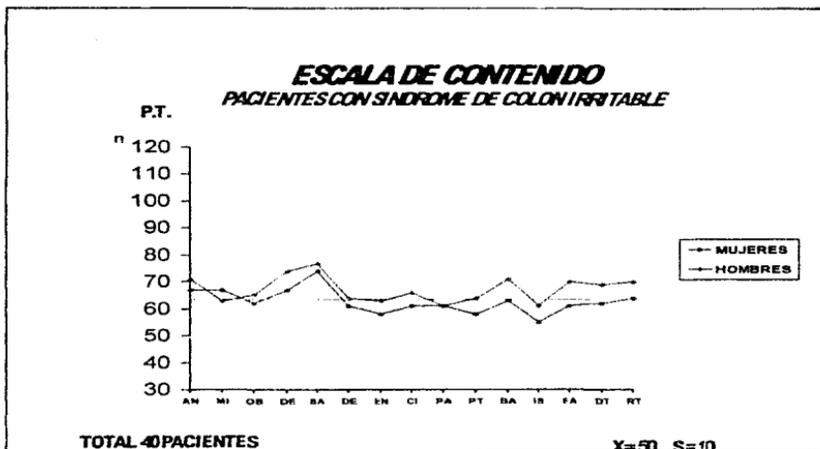
Respecto a las escalas de contenido se encontró lo siguiente:

Los pacientes reportan síntomas de ansiedad, incluyendo tensión, problemas somáticos, (SAU) dificultades para dormir, preocupaciones y falta de concentración (ANS). Tienen miedo de perder el juicio (MIE), sienten tensión constante por la vida y tienen dificultad para tomar decisiones. Por otro lado

indican sentimientos de tristeza e incertidumbre sobre el futuro y desinterés en la vida, además pueden pensar que están condenados o que han cometido pecados imperdonables(DEP). Son individuos con una pobre opinión de sí mismos y no creen simpatizarles a otros, ni ser importantes (BAE). Presentan discordes familiares considerables , ellos describen a sus familias como carentes de amor.

Los pacientes mostraron dificultades en el trabajo, debido a una pobre confianza de sí mismos, dificultades para concentrarse tensión y presión (DT). Por otro lado sienten desconfianza por los médicos relacionados con la salud mental, ya que no creen que alguien pueda entenderlos y ayudarlos (RT).

Los hombres obtuvieron puntuaciones mas altas que las mujeres como podemos observar en la gráfica 9.



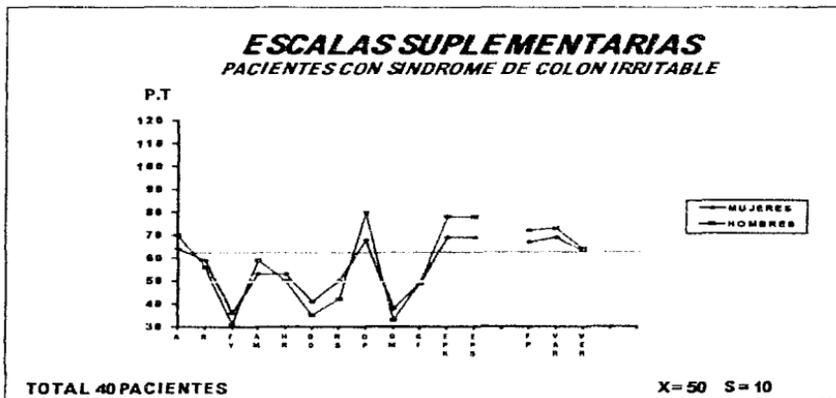
gráfica 9

En las escalas suplementarias encontramos lo siguiente:

Los pacientes mostraron tener síntomas de ansiedad (A), así como pocos recursos personales y de funcionamiento eficiente (Fyo), por lo que son mal adaptados emocionalmente y profesionalmente; además son personas

egocentristas y narcisistas, esperan atención y afecto excesivo de los demás y pueden recurrir a la manipulación para obtenerlos. Sus relaciones interpersonales son superficiales e indirectas por lo que no expresan hostilidad ni resentimiento abiertamente, además de encontrarse continuamente estrásados (EPK y EPS).

Obsérvese que los hombres puntuaron más alto que las mujeres en este perfil. (gráfica 10).



gráfica 10

Como hemos observado las escalas consideradas altas (de T 66 a T 75) en mujeres fueron las siguientes: 1(Hipocondriasis=74), 2(depresión=72), 7(Psicastenia=70), ANS(Ansiedad=67), DEP(Depresión=66), SAU(Presocupación por la salud=74), MIE(Miedo=66), EPK yEPS (estrés= 69).

En los hombres los puntajes fueron los siguientes: 1(Hipocondriasis=75), 2(Depresión=77), 7(Psicastenia= 73), 8(Esquizofrenia= 78), ANS(Ansiedad=70), DEP(Depresión= 74), MIE(Miedo=62), SAU(Preocupación por la salud= 77), EPS Y EPK (Estrés=78).

Con objeto de observar si en las escalas de las hipótesis (1, 2, 7, ANS, DEP, MIE, EPK Y EPS) diferían significativamente de las demás escalas que conforman el MMPI-2, se desarrolló una comparación entre medias de puntaje T, tomando en cuenta un nivel de significancia de .05

A continuación se muestran los resultados por medio de las siguientes tablas:

ESCALAS BÁSICAS "1"

ESCALAS	MUJERES				HOMBRES			
	PUNTAJE	ESCALA T	VALOR T	PROB	PUNTAJE	VALOR T	VALOR T	PROB
L	60.88	74.47	4.81	.00	49.33	75.83	5.29	.00
F	80.38	74.47	1.44	.07	82.33	75.83	.63	.27
K	46.55	74.47	10.31	.00	39.1	75.83	4.78	.00
2	72.76	74.47	.86	.19	77.00	75.83	.22	.41
3	68.35	74.47	4.54	.00	67.33	75.83	1.60	.08
4	61.29	74.47	6.19	.00	65.83	75.83	1.31	.12
5	66.52	74.47	3.45	.00	52.50	75.83	2.18	.04
6	62.11	74.47	4.17	.00	60.00	75.83	1.34	.11
7	70.41	74.47	1.63	.05	73.50	75.83	.32	.38
8	73.44	74.47	.35	.36	78.66	75.83	.29	.39
9	57.58	74.47	6.66	.00	59.83	75.83	2.19	.03
0	59.02	74.47	5.71	.00	61.50	75.83	2.15	.04

La Escala "1" Hipocondriasis en mujeres, presentó diferencia estadísticamente significativa con las escalas: L (Mentira), K (Corrección), 3 (Historia), 4 (Desviación Psicopática), 5 (Masculinidad-Femenidad), 6 (Paranoia), 9 (Mania) Y 0 (Introversión Extroversión).

La escala "1" Hipocondriasis en hombres, presentó diferencia estadísticamente significativa con las escalas: L (Mentira), K (Corrección), 5 (Masculinidad-femenidad), 9 (Mania), 3 (Historia), 0 (extroversión Introversión).

ESCALAS BÁSICAS "2"

ESCALAS	MUJERES				HOMBRES			
	PUNTAJE I	ESCALA 2	VALOR T	PROB.	PUNTAJE I	ESCALA 2	VALOR T	PROB
L	60.88	72.76	4.05	.00	49.33	77.00	9.87	.00
F	80.38	72.76	1.99	.02	82.83	77.00	.60	.28
K	46.55	72.76	10.21	.00	39.16	77.00	10.93	.00
1	74.47	72.76	.86	.19	75.83	77.00	.22	.41
3	68.35	72.76	1.99	.02	67.33	77.00	2.18	.04
4	61.29	72.76	5.97	.00	62.83	77.00	2.43	.02
5	66.52	72.76	2.41	.01	52.50	77.00	3.45	.00
6	62.11	72.76	3.43	.00	60.00	77.00	1.75	.06
7	70.41	72.76	1.21	.11	73.50	77.00	.71	.25
8	73.44	72.76	.28	.38	78.66	77.00	.19	.42
9	57.58	72.76	5.60	.00	59.83	77.00	3.71	.00
0	59.02	72.76	6.83	.00	61.50	77.00	3.12	.01

La escala "2 " Depresión en Mujeres, presento diferencia estadísticamente significativa con las escalas: L (Mentira), K (Corrección), 4 (Desviación Psicopática), 6(paranoia), 9(Mania) y 0 (Introversión Extroversión).

La escala " 2 " Depresión en hombres, presentó diferencias estadísticamente significativas con las escalas: L (Mentira), 3(Histeria), 4(Desviación psicopática), 5(Masculinidad- Femeinidad), 6(Paranoia) y introversión, Extroversion).

ESCALAS BÁSICAS "7"

ESCALAS	MUJERES				HOMBRES			
	PUNTAJE	ESCALA 7	VALOR T	PROB	PUNTAJE	ESCALA 7	VALOR T	PROB
L	60.88	70.41	3.00	.00	49.33	73.50	4.68	.00
F	80.38	70.41	3.01	.00	82.83	73.50	1.89	.05
K	46.55	70.41	7.99	.00	39.16	73.50	5.22	.00
1	74.47	70.41	1.63	.05	75.83	73.50	.32	.38
2	72.76	70.41	1.21	.11	77.00	73.50	.71	.25
3	68.35	70.41	.81	.21	67.33	73.50	1.39	.11
4	61.29	70.41	4.82	.00	62.83	73.50	2.49	.02
5	66.52	70.41	1.29	.10	52.50	73.50	2.57	.02
6	62.11	70.41	3.69	.00	60.00	73.50	2.58	.02
8	73.44	70.41	2.03	.02	78.66	73.50	1.19	.14
9	57.58	70.41	5.90	.00	59.83	73.50	3.18	.01
0	59.02	70.41	5.73	.00	61.50	73.50	3.07	.01

ESCALAS DE CONTENIDO "ANS"

ESCALAS	MUJERES				HOMBRES			
	PUNTAJE	ESCALA ANS	VALOR T	PROB	PUNTAJE	ESCALA ANS	VALOR T	PROB
MIE	66.70	67.44	.27	.39	62.66	70.50	2.15	.04
OB	61.73	67.44	3.99	.00	65.16	70.50	1.84	.06
DE	66.70	67.44	.51	.30	74.16	70.50	.74	.24
SA	74.05	67.44	3.52	.00	77.00	70.50	.98	.18
DE	60.88	67.44	3.26	.00	64.16	70.50	1.86	.06
EN	58.20	67.44	4.00	.00	63.33	70.50	2.01	.05
CI	61.32	67.44	3.20	.00	60.00	70.50	2.3	0.3
PA	60.64	67.44	3.03	.00	61.33	70.50	1.36	.11
PT	58.00	67.44	4.38	.00	64.50	70.50	2.92	.01
BA	62.94	67.44	2.58	.00	70.66	70.50	.03	.48
IS	54.61	67.44	6.52	.00	61.00	70.50	1.69	.07
FA	60.85	67.44	3.83	.00	69.50	70.50	.16	.43
DT	62.11	67.44	4.15	.00	68.83	70.50	.63	.27
RT	64.47	67.44	1.80	.03	69.83	70.50	.12	.45

En la escala "ANS" Ansiedad en mujeres, presentó diferencias estadísticamente significativas con las escalas:

OB (Obsesividad), SA(Preocupación por la salud), DE(Pensamiento Delirante), EN (Enojo), CI (Cinismo), PA(Prácticas antisociales), PT(Personalidad tipo A), BA(Baja autoestima),IS(Incomodidad Social), FA (Problemas Familiares), DT (dificultad en el trabajo).En la escala "ANS" Ansiedad en Hombres, presentó diferencias estadísticamente significativas con las escalas: Mie (Miedo), OB(Obsesividad), DE (Pensamiento delirante), EN (Enojo), CIN (Cinismo), PT (Personalidad tipo A) e IS (Incomodidad Social).

ESCALAS DE CONTENIDO "MIE"

ESCALAS	MUJERES				HOMBRES			
	PUNTAJE T	ESCALA MIE	VALOR T	PROB	PUNTAJE T	ESCALA MIE	VALOR T	PROB
ANS	67.44	66.70	.27	.39	70.50	62.66	2.15	.04
OB	61.73	66.70	1.92	.03	65.16	62.66	.82	.25
DE	66.70	66.70	.00	.50	74.16	62.66	1.95	.05
SA	74.05	66.70	2.73	.00	77.00	62.66	2.59	.02
DEL	60.88	66.70	1.97	.02	64.16	62.66	.26	.40
EN	58.20	66.70	2.67	.00	63.33	62.66	.35	.36
CI	58.62	66.70	2.34	.02	60.00	62.66	.55	.63
PA	60.64	66.70	2.20	.01	61.33	62.66	.22	.41
PT	58.00	66.70	3.06	.00	64.50	62.66	.81	.22
BA	62.94	66.70	1.19	.11	70.66	62.66	1.41	.10
IS	54.61	66.70	3.70	.00	61.00	62.66	.30	.38
FA	60.85	66.70	2.27	.01	69.50	62.66	1.08	.16
DT	62.11	66.70	1.51	.06	68.83	62.66	3.15	.01
RT	64.47	66.70	.79	.21	69.83	62.66	1.37	.11

La escala "MIE" Miedo, en mujeres, presentó diferencias estadísticamente significativas con las siguientes escalas: SA(Preocupación por la salud), EN(

Enojo), DE(Pensamiento delirante), PA(Prácticas antisociales), IS (Incomodidad social), FA(Problemas familiares), y DT (Dificultad en el trabajo).

La escala "MIE", en hombres, presentó diferencias significativas con las siguientes escalas: ANS(ansiedad), DE (Pensamiento delirante), SAU (Preocupación por la salud) y DT (Dificultades en el trabajo).

ESCALA DE CONTENIDO " DEP "

ESCALA	MUJERES				HOMBRES			
	PUNTAJE t	ESCALA DEP	VALOR t	PRÓB	PUNTAJE t	ESCALA DEP	VALOR t	PRÓB
AN	67.44	66.70	.51	.30	70.50	74.1	.74	.24
MIE	66.70	66.70	.00	.50	62.66	74.1	1.95	.05
OB	61.73	66.70	2.84	.00	65.16	74.16	2.48	.02
SAU	74.05	66.70	3.46	.00	77.00	74.16	.27	.39
DE	60.88	66.70	2.70	.00	64.16	74.16	1.86	.06
EN	58.20	66.70	3.83	.00	63.33	74.16	1.86	.06
CI	58.62	66.70	2.34	0.2	60.00	62.66	.55	.63
PA	60.64	66.70	2.46	.00	61.33	74.16	1.62	.08
PT	58.00	66.70	3.39	.00	64.50	74.16	2.31	.03
BA	62.94	66.70	1.84	.03	70.66	74.16	.58	.29
IS	54.61	66.70	6.42	.00	61.00	74.16	2.23	.03
FA	60.85	66.70	3.69	.00	69.50	74.16	.73	.24
DT	62.11	66.70	2.99	.00	68.83	74.16	1.15	.15
RT	64.47	66.70	1.59	.06	69.83	74.16	1.23	.13

La escala " DEP", Depresión, en Mujeres presentó diferencias estadísticamente significativas con las escalas: Mie(Miedo), OB(Obsesividad), SA(Preocupación por la salud), DE(Pensamiento delirante), EN (Enojo), PA (Prácticas antisociales) PT (Personalidad tipo A), BA (Baja autoestima), IS (Incomodidad Social), FAM(Problemas Familiares), DT (Dificultad en el trabajo) y RT(Rechazo al tratamiento).

La escala " DEP" Depresión , en Hombres presentó diferencia estadísticamente significativas con las escalas: Mie (Miedo); OB(Obsesividad), PT (Personalidad tipo A), IS (Incomodidad Social), DE (Pensamiento delirante), FAM (problemas familiares).

ESCALAS SUPLEMENTARIAS "EPK"

MUJERES

HOMBRES

ESCALAS	PUNTAJE I	ESCALA EPK	VALOR I	PROB	PUNTAJE I	ESCALA EPK	VALOR I	PROB
A	64.08	68.67	3.38	.00	70.00	78.00	2.18	.04
R	59.00	68.67	2.82	.00	56.33	78.00	3.34	.01
FY	36.00	68.67	8.97	.00	31.16	78.00	7.48	.00
AM	53.23	68.67	6.22	.00	58.83	78.00	4.08	.00
HR	53.64	68.67	4.17	.00	50.16	78.00	4.66	.00
DO	40.73	68.67	7.82	.00	35.33	78.00	5.47	.00
RS	49.52	68.67	5.13	.00	41.50	78.00	4.25	.00
DP	68.11	68.67	.39	.34	79.83	78.00	.45	.33
GM	38.47	68.67	8.51	.00	33.66	78.00	6.28	.00
GF	49.05	68.67	6.23	.00	49.33	78.00	2.88	.01
EPS	69.47	68.67	.91	.18	78.33	78.00	.19	.42

ESCALAS SUPLEMENTARIA "EPS"

MUJERES

HOMBRES

ESCALAS	PUNTAJE I	ESCALA EPS	VALOR I	PROB	PUNTAJE I	ESCALA EPS	VALOR I	PROB
A	64.08	69.47	5.72	.00	70.00	78.33	2.83	.01
R	59.00	69.47	3.20	.00	56.00	78.33	3.64	.00
FY	36.00	69.47	9.42	.00	31.16	78.33	8.44	.00
AM	53.23	69.47	7.19	.00	58.83	78.33	5.02	.00
HR	53.64	69.47	4.77	.00	50.16	78.33	5.50	.00
DO	40.73	69.47	8.23	.00	35.33	78.33	6.10	.00
RS	49.52	69.47	5.70	.00	41.50	78.33	4.73	.00
DP	68.11	69.47	1.15	.12	79.83	78.33	.53	.30
GM	38.47	69.47	8.97	.00	33.66	78.33	6.93	.00
GF	49.05	69.47	6.79	.00	49.33	78.33	3.17	.01
EPK	68.67	69.47	.91	.18	78.00	78.33	.19	.42

En estas escalas de estrés difirieron significativamente todas las escalas que componen este perfil a excepcion de la escala DP(desajuste Profesional) tanto en Hombres como en Mujeres.

En las diferentes tablas podemos observar diferencias entre hombres y mujeres, sin embargo debido a nuestra muestra no podemos desarrollarlas (34 Mujeres y 6 Hombres).

Por otro lado se observan que las escalas planteadas en las hipótesis (1,2,7, ANS, DEP, MIE, EPK y EPS), realmente difieren significativamente de las demás escalas.

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

En el presente estudio se obtuvo una muestra por cuota debido a que se estudiaron a los pacientes que llegaron a la consulta externa del Servicio de gastroenterología del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, con diagnóstico médico de Síndrome de Colon Irritable en un periodo de 3 meses, contando al final con 40 pacientes, 34 mujeres y 6 hombres, no contando con una muestra homogénea.

Se observó que el Síndrome de Colon Irritable predomina en mujeres en relación de 4: 1 con los varones, como lo han reportado en varios estudios. (Blachard, 1990; De la Fuente, 1959; Mota, 1990; Garcia, 1984).

El S.C.I. puede presentarse en cualquier época de la vida. En nuestro estudio se presentó principalmente la enfermedad entre la cuarta y la sexta década de la vida, al igual que los estudios hechos por: Mota, 1990 y Garcia, 1984.

Por otra parte la evolución de la enfermedad fluctuó desde los 3 meses hasta los 50 años; esto debido a que las edades de los pacientes fueron muy variadas. Respecto al estado civil de los pacientes se encontró que la mayoría de estos fueron casados (35), contando solamente con 3 viudos y 2 Solteros.

Un factor importante de señalar es que en nuestro estudio 13 de los pacientes presentaron alguna patología psiquiátrica grave; además de que el 70% de nuestra muestra presentó alguna problemática sexual. Lo cual debe ser estudiado más adelante en otro estudio; ya que no se encontró referencia al respecto.

Respecto a las pérdidas afectivas se encontró que los pacientes reportaron duelos no elaborados hasta de 15 años, esto podría relacionarse con la incapacidad que presenta el paciente somático para hablar su problemática, por lo que no logra elaborar sus duelos. Por otra parte el 20% de los pacientes reportó intento de suicidio.

Blanchard, Sharff (New York), Fisenk y Makhov (Rusia), observaron que los pacientes con S.C.I. presentaban síntomas de depresión, ansiedad sin encontrar una causa-efecto. En esta investigación se corroboró esta hipótesis encontrando elevación estadísticamente significativa en las escalas de depresión, ansiedad y estrés con respecto al resto de las escalas, esto podría explicarse por medio de los estudios hechos por autores como Alexander (1958) y Spitz (1962), quienes mencionaron que desde el comienzo de la vida el comer está asociado con el sentimiento de seguridad de recibir amor y cuidado y, también con la codicia, la posesión y la envidia, por lo que se puede activar o inhibir casi todo el proceso de incorporación y digestión del alimento encontrando que en los pacientes gastrointestinales se encontraban regresiones y fijaciones en las etapas oral y anal del desarrollo.

Groen describió a los pacientes gastrointestinales como dependientes, narcisistas, agresivos y con sentimientos de culpa.

En nuestro estudio encontramos que los pacientes mostraron: Baja autoestima (Escala BAE y FYO), sentimientos de culpa, síntomas de depresión (Escala 2. DEP) y ansiedad(Escalas 7, ANS y A) una gran preocupación por la salud así como somatizaciones (Escala 1 y SAU), dependencia (Escala 3), pero sintiéndose incapaces de resolver su problemática sintiendo miedo y una gran tensión emocional (Escalas K, MIE, EPK, EPS) fugándose a la fantasía (Escala 8), aislándose, expresando incomodidad Social (Escala ISO) así como desadaptación profesional (Escala Dpr).

Es importante señalar que en este estudio mediante las entrevistas hechas con los pacientes se observaron las siguientes características:

1.- En algunos de ellos la negación del factor psicológico de la enfermedad dándole mayor importancia al factor orgánico.

2.- En la mayoría de los pacientes hablaban sobre lo poco queridos que fueron en su niñez y la relación que encontraban entre la comida y el "amor" en este tipo observe 2 tipos de personalidades:

a) Los pacientes que relacionaron " el que solo recibían "amor" a la hora de la comida", algunos de ellos reportaron que la familia solo se reunía en las horas de los alimentos; mencionaron que cuando se sentían tristes tenían gran necesidad de comer. Estos presentaban una personalidad sumisa, con sentimientos de inseguridad y minusvalía y se sentían incapaces de resolver su problemática.

b) En el otro tipo de personalidad los pacientes relacionaron el comer con "insatisfacción", ellos reportaron que la madre era autoritaria a la hora de los alimentos y que además se los daba frío y de mala gana; y solo recordaban el cariño de la madre cuando estaban enfermos y los cuidaba.

Estos pacientes presentaban náusea, vómito ocasional.

Con lo anterior podemos concluir que:

1.- Todos los pacientes de nuestro estudio obtuvieron puntuaciones elevadas en las escalas depresión, ansiedad, miedo y estrés, difiriendo estas estadísticamente de las demás escalas confirmandose así las hipótesis planteadas en esta investigación.

Este estudio nos permite suponer que el paciente con Síndrome de Colon Irritable presentara generalmente síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Por lo que es importante que éste sea tratado de una forma multidisciplinaria y no sólo por el médico especialista.

CAPITULO IX

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Como limitaciones del estudio pueden mencionarse las siguientes:

1.- No contar con una muestra homogénea debido al escaso tiempo que se tuvo para la aplicación (3 meses). Por lo que en futuras investigaciones sería extraordinario conformar un grupo homogéneo entre hombres y mujeres para de esta forma poder establecer diferencias entre estos.

2.- Carencia de referencias sobre el tema, ya que ha sido poco estudiado en el país.; sobre todo en lo referente a los aspectos psicológicos de la enfermedad

Sería óptimo el poder hacer un estudio longitudinal con mayor número de pacientes y brindarles psicoterapia, para conocer si mediante esta el paciente logra una recuperación.

El paciente con diagnóstico de síndrome de colon irritable debe ser tratado multidisciplinariamente por un médico gastroenterólogo, un Psicólogo Clínico y Un Psiquiatra . El primero ayudará al paciente a disminuir sus síntomas somáticos : vómito, diarrea, estreñimiento, distensión abdominal etc, el segundo trabajara sobre el motivo de estos mediante una terapia reeducativa pues como ya hemos mencionado el paciente parece tener una incapacidad de hablar sobre lo que realmente "lo aqueja"; y el tercero sólo intervendrá en caso de que los síntomas de depresión, ansiedad, trastornos de sueño se hallen exacerbados.

El Psicólogo Clínico debe estudiar cada caso individualmente mediante un psicodiagnóstico para dar el tratamiento adecuado a cada paciente. Las terapias de grupo suelen ser eficientes en este caso sobre todo las de orientación psicoanalítica con un segundo nivel de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1.-American Psyciatric Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson

2.-Alexander F. (1958) PSIQUIATRIA DINAMICA. Buenos Aires. Paidós

3.-Arias T. (1985). PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y FRUSTRACIÓN EN RELACIÓN A LOS NIVELES DE DAÑO EN UNA SITUACIÓN DE DESASTRE.

Tesis de licenciatura. UNAM

4.-Asato B. (1990). LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

Tesis de licenciatura. UNAM

5.-Blanchard- EB; (1990) Scharff-I THE ROL OF ANXIETY AND DEPRESSION IN THE IRRITABLE BOWEL SYNDROME. Behav-Res-Ther, 28(5): 401-5 . ENGLAND

6.-Barcelata E.(1997) ANÁLISIS DEL PERFIL CLÍNICO DE UNA MUESTRA DE EMPLEADOS DE UNA INSTITUCION PÚBLICA(SITEMA DE TRANSPORTE COLECTIVO "METRO") A TRAVES DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA-2 (MMPI-2).

Tesis de Maestría. 1997.

7.-Bekei M. (1975) TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA. Argentina. Nueva visión.

- 8.-Castilla del Pino.(1984) INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRIA. España. Colección Alianza.
- 9.-Coderch J. (1991). PSIQUIATRÍA DINÁMICA. Barcelona. Herder.
- 10.-Corney-RH;Stanton-R.(1990). PHYSICAL SYMPTOM SEVERITY, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL DYSFUNCTION IN A SERIES OF OUTPATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME, J- Psychosom-Res. 34(5): 483-91 ENGLAND.
- 11.-Darley. (1990) PSICOLOGÍA. México. Prentice-Hall.
- 12.-De la Fuente(1959) PSICOLOGÍA MEDICA. México. Fondo de cultura económica.
- 13.-Diez B. (1993). MANEJO DEL ESTRÉS. México. Alpe
- 14.-Douglas A. (1977). THE IRRITABLE BOWEL SYNDROME. Gastroenterology, Vol. 73 No. 4
- 15.-Eco U.(1995) COMO SE HACE UNA TESIS. España. Gedisa.
- 16.-English (1977). DICCIONARIO DE PSICOANÁLISIS. Argentina. Paidós.
- 17.-Estopier B. (1989). ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA ÉPOCA DEL CLIMATERIO EN UN GRUPO DE MUJERES MEXICANAS.
Tesis de licenciatura. UNAM.
- 18.-Feniquel, O. (1976). TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LA NEUROSIS. Buenos Aires. Paidós.

19.-Fernandez de Castro (1992) TIPOLOGIA FAMILIAR DEL PACIENTE CON SINDROME DE COLON IRRITABLE.

Tesis de licenciatura. UNAM

20.-Fielding F.J. (1977) THE IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND HISTORICAL VIEW. Journal of Insh colleges of Phisicians and surgeons, 6:133 .

21.-Fisenko-OV; (1995) Makhov-VM . PSYCHOSOMATIC CORRELATIONS IN PATIENTS WITH FUNTIONAL DISORDERS OF COLON. Klin-Med-Mosk. Nov; 69 (11): 64-7 USSR.

22.-Freud (1976) DUELO Y MELANCOLÍA. Viena. Amorrout.

23.-Freud (1974) INHIBICION, SINTOMA Y ANGUSTIA. Viena. Amorrout.

24.-FRIEDRICH DORSCH.(1985) DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA. Barcelona.Herder.

25.-Garma (1974) GENESIS, PSICOSOMATICA Y TRATAMIENTOS DE LAS ULCERAS GÁSTRICAS Y DUODENALES. Buenos Aires. Paidós.

26.- Garcia Casino F. (1984) SINDROME DE COLON IRRITABLE.

Tesis de Licenciatura. UNAM.

27.- Gomez Castro C. (1996) RELACIÓN ENTRE LA IDEACIÓN SUICIDA Y EL NIVEL DE ESTRÉS PSICOSOCIAL EN EL ESTUDIANTE DE NIVEL MEDIO.

Tesis de licenciatura. UNAM.

28.-Haynal a. Pasini W. (1984) MANUAL DE LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA. Barcelona. Masson.

- 29.-Jinich.H. (1993) ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS ENFERMEDADES DIGESTIVAS. Medice, 299-303 Enero.
- 30.-Kalpan Harold. (1987) COMPENDIO DE PSIQUIATRIA, Barcelona.Salvat.
- 31.-Lind C.D. (1988). SYMPTOMS OF PSYCHOLOGIC DISTRESS ASSOCIATED WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME: COMPARISON OF COMMUNITY AND MEDICAL CLINIC SAMPLES. Gastroenterology: 95 709-714.
- 32.-Lucio Gomez. Maqueo. (1994) INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINESOTA -2, México. El Manual Moderno.
- 33.-Lucio E. A. Ampudia. (1996) CUESTIONARIO DE INFORMACION BIOGRAFICA Y SUCESOS DE VIDA. Segunda revisión. Proyecto CONACYT. Facultad de Psicología UNAM.
- 34.-Lucio E. Ampudia A. (1995) INTRODUCCIÓN AL USO DE LA NUEVA VERSIÓN DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINESOTA-2 (MMPI-2), EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA. Facultad de Psicología UNAM.
- 35.-Menassa. et. al (1993) MEDICINA PSICOSOMÁTICA. Madrid. Barcelona Masand-PS; Kaplan-DS. (1995) MAJOR DEPRESSION AND IRRITABLE BOWEL SYNDROME: IS THERE A RELATIONSHIP. J.Clin.Psychiatry. Aug; 56(8): 363-7.
- 36.-Mancilla G (1988) EL MMPI EN LA DETECCIÓN DE PSICOPATOLOGIA EN DOS GRUPOS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES GASTROENTEROLÓGICAS. Tesis de licenciatura. UNAM

- 37.-Martínez Piña. (1973) PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA EN LA CLÍNICA MÉDICA Y PSICOLÓGICA. España. Científica- Médica.
- 38.-MERCADO C.G. (1995) ESTRÉS, ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO EN EL MANEJO DE PACIENTES QUIRÚRGICOS. Tesis de licenciatura. UNAM.
- 39.-Mine-K; Matsumoto-K. (1992) THE RELATION BETWEEN IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND MAJOR DEPRESSION. Nippon-Rinsho. Nov; 50(11): 2719-23. JAPAN.
- 40.-Mota M. (1990) SÍNDROME DE COLÓN IRRITABLE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PSICOLÓGICAS EN UN GRUPO DE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE MARINA NACIONAL.
Tesis de especialidad UNAM.
- 41.-Nuñez, R. (1994) APLICACIÓN DEL MMPI A LA PSICOPATOLOGÍA. México. Manual moderno.
- 42.-Peláez Burbarte M.(1974) TEORÍAS DE LA ANSIEDAD
Tesis de licenciatura. UNAM.
- 43.-Reyes Partida N.(1983) ANSIEDAD Y DEPRESIÓN FRENTE A LA MUERTE.
Tesis de licenciatura. UNAM.
- 44.-Rodríguez A.E. (1989) LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN LA CONDUCTA LABORAL DEL TRABAJADOR.
Tesis de licenciatura UNAM.

45.-Ruiz S.C. (1994) MANEJO PSICOTERAPEUTICO DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PAREJAS DE PADRES DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE DISTROFIA.

Tesis de licenciatura.UNAM

46.-Song-JY, Merskey-H; Sullivan-S. (1993) ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH ABDOMINAL BLOATING. Can-J-Psychiatry. Sep; 38(7): 475-9.

47.- Sparber, Fredman Gerald. (1992) MESA REDONDA SOBRE EL SINDROME DE COLON IRRITABLE PARTE 1 Y 2. Practical Gastroenterology. Chicago.

48.-Talley, Sindy F. (1990) RELATION AMOUNG PERSONALITY AND SYMPTOMS IN NONULCER DYPEPSIA AND THE IRRITABLE BOWEL SYNDROME. Gastroenterology, 99 : 327.333.

49.-Tordjman G. (1978) COMO COMPRENDER LAS ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS. Barcelona. Gemidas.

50.-Thompson WS. E Heaton K.W. (1980) FUNTIONAL BOWEL DISORDES IN APARENTLY HEALTHY PEOPLE. Gastroenterology 79 : 283-288.

51.-Valdovinos Diaz.(1993) SINDROME DE COLON IRRITABLE , CONCEPTOS ACTUALES ICN Farmacéutica, S.A. de C.V.

52.-Valdels Viyar M.(1983) MEDICINA PSICOSOMÁTICA. México.Trillas

53.-Villalobos J.J (1980) ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS ENFERMEDADES DEL COLON. Gastroenterología 1er tomo 223.

54.-Urriarte V. (1991) PSICOPATOLOGIA BÁSICA MODERNA. México. Sianex S.A.

55.-Whitehead-WE; Crowell-MD. (1991) PSYCHOLOGIC CONSIDERATIONS IN THE IRRITABLE BOWEL SYNDROME. Gastroenterology-Clin- North-Am. Jun; 20(2): 249-67. UNITED-STATES.

ANEXOS

PETROLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE
ENTREVISTA ESTRUCTURADA

FACIENTES	EDAD	SEXO	FICHA	T. EVOLUCION	T. MEDICO	T. PSICOLOGICO	PERDIDAS	DURACION	SUICIDIO
1	56 ANOS	F	18040-06	35ANOS	S C I	PSIQUIATRICO	HERMANO	6MESES	NO
2	70 ANOS	M	222352-TJ	2ANOS 3MESES	S C I	NUNCA	HERMANO	2ANOS	NO
3	51ANOS	F	061195-0A	3ANOS	S C I	PSIQUIATRICO	MADRE	10ANOS	NO
4	72 ANOS	F	1091-08	50ANOS	S C I	PSIQUIATRICO	MADRE	13ANOS	NO
5	55ANOS	F	226197-08	4MESES	S C I	PSIQUIATRICO	MADRE	NO	NO
6	52ANOS	F	61918-08	4ANOS	S C I	PSIQ/PSICOLOG	MATRIZ	5ANOS	NO
7	33ANOS	F	73390-09	6ANOS	S C I	PSIQ/PSICOLOG	DIVORCIO	2ANOS	NO
8	43 ANOS	F	60090-TJ	1AÑO	S C I	PSIQUIATRICO	P TRABAJO	1AÑO	SI TRAMQ
9	63ANOS	F	2203708	15ANOS	S C I	PSIQUIATRICO	YERNO	3MESES	NO
10	41ANOS	F	03794-09	5ANOS	S C I	PSIQUIATRICO	HUJOS	10ANOS	SI
11	57ANOS	M	63078	5ANOS	S C I	PSIC/PSICOLOG	P TRABAJO	3ANOS	NO
12	4ANOS	M	121525-T	2ANOS 6MESE	S C I	NUNCA	P TRABAJO	1AÑO	NO
13	22ANOS	F	123195	5MESES	S C I	PSIQUIATRIA	NOVIO	1AÑO	SI
14	69 ANOS	F	30646	20ANOS	S C I	NUNCA	ESPOSO	20ANOS	NO
15	63ANOS	F	112055	3MESES	S C I	NUNCA	TRABAJO	1AÑO	NO
16	55ANOS	F	105890-T	2ANOS	S C I	PSIQUIATRICO	TRABAJO	1AÑO	NO
17	33ANOS	M	111339-00	10ANOS	S C I	NUNCA	TRABAJO	3ANOS	NO
18	65ANOS	F	33643-06	3ANOS	S C I	NUNCA	HERMANO	2ANOS	SI
19	65ANOS	F	23643-06	3ANOS	S C I	PSIQUIATRIA	HUJOCASAD	2ANOS	NO
20	55ANOS	F	228075-08	1AÑO	S C I	NO			NO
21	18ANOS	F	142108-14	1AÑO	S C I	NO			SI
22		F	154494	2ANOS	S C I	NUNCA			NO
23	67ANOS	F	22690-09	10 ANOS	S C I	NUNCA	MADRE	15ANOS	NO
24		M	457726-T	10ANOS	S C I	NO	PADRE	10ANOS	NO
25		F	201306-06	4ANOS	S C I	PSIQUIATRIA	ESPOSO	9ANOS	NO
26	43ANOS	F	235621-05	5ANOS	S C I	PSIQUIATRIA			
27	58ANOS	F	6971630	20ANOS	S C I	PSICOANALISIS	2ESPOSOS	9NOS	NO
28	51ANOS	F	076502-08	4ANOS	S C I	PSICOLOGIA	ESPOSO	7ANOS	NO
29	73ANOS	F		5ANOS	S C I	NUNCA	HERMANO	2ANOS	NO
30	24ANOS	F	S/F	6ANOS	S C I	PSICOLOGICO	TIO/ABUEL	7ANOS	NO
31	64ANOS	F		15ANOS	S C I	PSIQUIATRICO	NO	NO	NO

PETROLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE
ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Página

601

P. SEXUAL	
FRIGIDEZ	
NO	
FRIGIDEZ	
INSATISF	
FRIGIDEZ	
FRIGIDEZ	
IMPOTEN	
NO	
FRIGIDEZ	
FRIGIDEZ	
INSATISF.	
INSATISF.	
NO	
INSATISF.	
NO	
INSATISF	
NO	
INSATISF.	
INSATISF	
NO	
FRIGIDEZ	
INSATISF.	
INSATISF	
INSATISF	
NO	
INSATISF	
NO	

**INFORMACIÓN BIOGRÁFICA
Y SUCESOS DE VIDA**

Emilia Lucio G-M., A. Ampudia y C. Durán

FORMA PARA ADULTOS

CUADERNILLO DE APLICACIÓN

INSTRUCCIONES

No haga marca alguna en este folleto. Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuesta.

Use un lápiz del No.2, rellene completamente el círculo seleccionado en la hoja de respuestas.

De la pregunta 1 a la 26 puede elegir entre la a, b, c, d, e, o la f.

De la pregunta 27 a la 44 elija sólo entre la a) Sí o la b) No.

De la pregunta 45 a la 80 puede elegir entre la a, b, c, o la d.

Si comete algún error o cambia de opinión, borre muy bien el círculo y vuelva a contestar.

NOTA: La hoja de respuestas será procesada en computadora. Por favor no la maltrate y por lo mismo evite hacer tachaduras o enmendaduras. Sólo de la respuesta que se aplique a usted.

Al comenzar debe llenar los datos correspondientes a su **FICHA DE IDENTIFICACIÓN** en la hoja de respuestas.

EDAD	SEXO	INSTITUCIÓN (PLANTEL)	LUGAR DE ORIGEN (GRUPO)
00	MAS M	00	1 D.F.
11		11	2 Edo. de México
22	FEM F	22	3 Edos. del Norte
33		33	4 Edos. del Sur
44	TURNO	44	5 Edos. del Centro
55		55	6 Extranjero
66	01 MATUTINO	66	
77	02 VESPERTINO	77	(anote el número en la primera columna de la izquierda)
88	03 MIXTO	88	
99	04 NOCTURNO	99	

A CONTINUACIÓN RELLENE EL CÍRCULO QUE CORRESPONDA A LA LETRA DE LA OPCIÓN QUE ELIGIÓ. ESCOJA SOLO UNA OPCIÓN POR PREGUNTA EN SU HOJA DE RESPUESTAS.

- 1.- Su estado civil actual es:
- soltero
 - casado
 - unión libre
 - divorciado
 - viudo
 - separado
- 2.- ¿Cuántos años tiene en su estado civil actual? Si es soltero no conteste esta pregunta
- menos de un año
 - 1 a 5 años
 - 6 a 10 años
 - 11 a 15 años
 - 16 a 20 años
 - 21 o más
- 3.- ¿Cuántas veces ha contraído matrimonio?
- una
 - dos
 - tres
 - cuatro
 - cinco o más
 - ninguna
- 4.- ¿Por qué terminó el matrimonio anterior? (si su matrimonio no terminó, no responda esta pregunta).
- problemas económicos
 - infidelidad
 - problemas familiares
 - problemas de adicción
 - muerte del cónyuge
 - incompatibilidad de caracteres
- 5.- ¿Cuántos hermanos tiene?
- uno
 - 2 ó 3
 - 4 ó 5
 - 6 ó 7
 - 8 o más
 - ninguno
- 6.- ¿Qué lugar ocupa entre sus hermanos?
- hijo único
 - el mayor
 - de los de enmedio
 - el menor
- 7.- ¿Cuál es su escolaridad?
- primaria
 - secundaria o carrera técnica
 - bachillerato
 - licenciatura incompleta o normal básico
 - licenciatura
 - posgrado
- 8.- ¿Qué grado de escolaridad tiene o tenía su padre?
- sin escolaridad
 - primaria
 - secundaria o carrera técnica
 - bachillerato
 - licenciatura
 - posgrado
- 9.- ¿Qué grado de escolaridad tiene o tenía su madre?
- sin escolaridad
 - primaria
 - secundaria o carrera técnica
 - bachillerato
 - licenciatura
 - posgrado

- 10.- ¿Cuál es o era la ocupación de su madre?
- obrero
 - empleada
 - profesionista
 - trabajo de oficina
 - comerciante
 - actividades del hogar
- 11.- ¿Cuál es o era la ocupación de su padre?
- campesino
 - obrero
 - empleado
 - profesionista
 - comerciante
 - actividades del hogar
- 12.- ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado de su familia actual?
- 600 a 1200
 - 1201 a 1800
 - 1801 a 4800
 - 4801 a 9600
 - 9601 a 15000
 - 15000 o más
- 13.- ¿Qué antigüedad tiene usted en su actual empleo?
- de 3 a 11 meses
 - 1 a 3 años
 - 4 a 6 años
 - 7 a 10 años
 - 11 a 15 años
 - 16 o más
- 14.- ¿Cuál es la ocupación de su cónyuge?
- obrero (a)
 - empleado (a)
 - profesionista
 - trabajo de oficina
 - comerciante
 - actividades del hogar
- 15.- Su casa es:
- propia
 - rentada
 - prestada
 - hipotecada
 - de algún familiar
 - otro
- 16.- Tipo de vivienda:
- vecindad
 - departamento
 - casa sola
 - cuarto
 - otro
- 17.- ¿De qué material es el piso de su casa?
- recubrimiento (loseta, madera, etc.)
 - cemento
 - tierra
 - lámina
 - otro
- 18.- Número de personas que viven en su casa:
- solo
 - dos
 - de 3 a 5
 - de 6 a 8
 - de 9 a 11
 - 12 o más
- 19.- Número de personas que duermen en cada cuarto:
- uno
 - dos
 - tres
 - cuatro
 - cinco
 - seis o más

- 20.- ¿Cuántos automóviles hay en su casa?
- a) uno
 - b) dos
 - c) tres
 - d) cuatro
 - e) cinco o más
 - f) ninguno
- 21.- ¿Ha consumido algún tipo de droga? Indique cuál:
- a) marihuana
 - b) cocaína
 - c) thiner o cemento
 - d) barbitúricos
 - e) combinados
 - f) ninguna
- 22.- ¿Con qué frecuencia se ha drogado?
- a) diario
 - b) más de 3 veces a la semana
 - c) cada vez que tiene un problema
 - d) ocasionalmente
 - e) solo la probó
 - f) nunca
- 23.- Su consumo de alcohol es:
- a) nunca ha tomado alcohol
 - b) toma socialmente pero nunca en exceso
 - c) se considera un alcohólico
- 24.- ¿Con que tipo de servidumbre se cuenta en su casa?
- a) una persona de entrada por salida
 - b) una persona de planta
 - c) dos o más personas de planta
 - d) ninguno

EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PUEDE ELEGIR MÁS DE UNA OPCIÓN, SI ES NECESARIO. RECUERDE MARCAR LA O LAS ELECCIONES EN SU HOJA DE RESPUESTAS

- 25.- ¿Algún miembro de su familia ha tenido problemas emocionales que requirieran tratamiento?
- a) madre
 - b) padre
 - c) hijo(a)
 - d) hermano(a)
 - e) otro (abuelos, tíos, etc.)
 - f) ninguno
- 26.- ¿Algún miembro de su familia ha estado en tratamiento por problemas con el alcohol o las drogas?
- a) madre
 - b) padre
 - c) hijo(a)
 - d) hermano(a)
 - e) otro (abuelos, tíos, etc.)
 - f) ninguno