

019626

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

29.

FACTORES DE PERSONALIDAD Y SUCESOS DE
VIDA QUE INCIDEN EN EL TRATAMIENTO DE
PACIENTES CON DERMATITIS ATOPICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A :

LIC.: MA. DE LOURDES GALLEGOS MEJIA

DIRECTOR DE TESIS: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO

COMITE DE TESIS: MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON

MTRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD

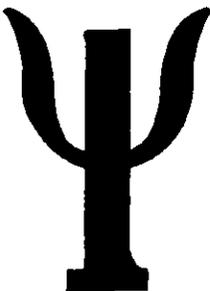
MTRA. AIDA MA. RODRIGUEZ VELIZ

MEXICO, D. F.

1998.

264841

**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.

*A mí madre con cariño y admiración,
por que en ningùn momento te has dejado vencer.*

A mi familia con cariño.

*A Juan con amor, por que sin saberlo
le has dado a mí vida un nuevo sentido.*

***Agradezco a las siguientes personas por la ayuda que me
brindaron durante la realización del presente trabajo.***

A la Dra. Emilia Lucio

***Gracias por su apoyo, por facilitarme el realizar esta investigación
y por sus oportunas observaciones durante la asesoría de la misma.***

***A la Dra. Obdulia Rodríguez y al Dr. Fermin Jurado Santa Cruz
por permitirme obtener la muestra de pacientes del
"Hospital Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua"
y por su interés en esta investigación.***

A los pacientes del “Hospital Dermatológico Dr. Ladislao de la pascua”, que voluntariamente participaron y me permitieron conocerlos y aprender de ellos.

A mis sinodales por sus oportunas sugerencias .

A la Mtra. Amada Ampudia

A la Mtra. Sofia Rivera

A la Mtra. Martha Cuevas

A la Mtra. Aida Ma. Rodriguez

A Consuelo por su inestimable ayuda y amistad.

**La realización del presente trabajo fue posible gracias
al apoyo financiero del proyecto
D'GAPA/ PAPIIT
IN301397**

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

INTRODUCCIÓN	1
1.1 A) DEFINICIÓN:	1
1.2 B) DESARROLLO HISTÓRICO DEL CONCEPTO DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS	2
1.3 C) TIPOS DE TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS	5

CAPÍTULO II

DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL MMPI-2 Y DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN BIOGRÁFICA Y SUCESOS DE VIDA. ADULTOS

INTRODUCCIÓN	9
2.1 ANTECEDENTES AL DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA-2, (MMPI-2)	10
2.1.1 PERSONALIDAD	10
2.1.2 TEORÍA FACTORIALISTA	12
2.2. DESARROLLO DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA-2, (MMPI-2)	13
2.2.1 INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL MMPI-2, EN E.U.	16
2.2.3 INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL MMPI-2, EN MÉXICO	21
2.3.1 ANTECEDENTES AL DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN BIOGRÁFICA Y SUCESOS DE VIDA	27

2.3.2	DEFINICIÓN DE ESTRÉS	32
2.3.3	DESARROLLO HISTÓRICO DE DIFERENTES INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE SUCESOS COMO ELEMENTOS ESTRESANTES	33
2.3.4	DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN BIOGRÁFICA Y SUCESOS DE VIDA PARA POBLACIÓN ESTADOUNIDENSE.	36
2.3.5	DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN BIOGRÁFICA Y SUCESOS DE VIDA PARA POBLACIÓN MEXICANA	36

CAPÍTULO III

ESTUDIOS REALIZADOS CON PADECIMIENTOS PSICOFISIOLÓGICOS

I)	INVESTIGACIONES REALIZADAS CON DERMATITIS ATÓPICA	40
II)	ESTUDIOS REALIZADOS CON EL MMPI Y PADECIMIENTOS PSICOFISIOLÓGICOS	41
III)	ESTUDIOS REALIZADOS CON EL MMPI-2 Y DERMATITIS ATÓPICA	43
IV)	ESTUDIOS REALIZADOS CON SUCESOS DE VIDA COMO ELEMENTOS ESTRESANTES, RELACIONADOS CON PADECIMIENTOS PSICOFISIOLÓGICOS	44

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1	PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	51
4.2	HIPÓTESIS	52
4.3	VARIABLES	54
4.4	POBLACIÓN	56
4.5	MUESTRA	56
4.6	MUESTREO	56
4.7	SUJETOS	57

4.8	TIPO DE INVESTIGACIÓN	58
4.9	TIPO DE ESTUDIO	58
4.10	INSTRUMENTOS	
4.10.1	Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2, (MMPI-2).	58
4.10.2	Cuestionario de información biográfica y Sucesos de vida. Adultos	68
4.11	PROCEDIMIENTO	70
4.12	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	70

CAPÍTULO V

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

TABLA- 1:	Distribución de Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica.	71
TABLA-2:	Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica por Estado Civil.	71
TABLA-3:	Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica por Escolaridad.	72
TABLA-4:	Frecuencias y porcentajes de los pacientes con Dermatitis Atópica por ocupación.	72
TABLA-5:	Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica por Número de sucesos (+ ó -) vividos recientemente.	73
TABLA-6:	Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica por Tiempo del padecimiento.	73
TABLA-7:	Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica por Antecedentes familiares de otros padecimientos Psicofisiológicos.	74

TABLA-8: Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica por contar con Antecedentes de otro padecimiento Psicofisiológicos.	74
TABLA 9-A: Frecuencia de los sucesos reportados por los pacientes con dermatitis atópica.	75
TABLA 9-B: Porcentajes de la ocurrencia de sucesos reportados por los pacientes, de acuerdo al impacto que causaron en los pacientes con dermatitis atópica.	79
TABLA 9-C: Porcentajes de la ocurrencia de sucesos, reportados por los pacientes con dermatitis atópica.	83
TABLA 9-D: Porcentajes de la elevación de las escalas del MMPI-2, de acuerdo a las correlaciones encontradas con los sucesos de vida, reportadas por los pacientes con dermatitis atópica.	89
Tabla -10: Medias y desviaciones estándar para un grupo de pacientes con dermatitis atópica. Escalas Básicas del MMPI-2	91
Tabla -11: Medias y desviaciones estándar para un grupo de pacientes con dermatitis atópica. Escalas de Contenido del MMPI-2	91
Tabla -12: Medias y desviaciones estándar para un grupo de pacientes con dermatitis atópica. Escalas Suplementarias del MMPI-2	92
Tabla-13: Correlaciones entre las escalas Básicas del MMPI-2 y los sucesos de vida. Hombres	93
Tabla-14: Correlaciones entre las escalas de Contenido del MMPI-2 y los sucesos de vida. Hombres	94
Tabla-15: Correlaciones entre las escalas Suplementarias del MMPI-2 y los sucesos de vida. Hombres	95
Tabla-16: Correlaciones entre las escalas Básicas del MMPI-2 y los sucesos de vida. Mujeres	96
TABLA-17: Correlaciones entre las escalas de Contenido del MMPI-2 y los sucesos de vida. Mujeres	97
TABLA-18: Correlaciones entre las escalas Suplementarios del MMPI-2 y los sucesosde Vida. Mujeres	98

CAPITULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN	100
CONCLUSIONES	108
ALCANCES	109
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ÁPENDICE I	A
ÁPENDICE II	B

RESUMEN

El presente estudio se realizó con la finalidad de conocer los rasgos de personalidad de pacientes con dermatitis atópica, y la relación existente entre estas características y los sucesos de vida recientes, padecidos por los pacientes. La finalidad del estudio es favorecer el tratamiento de estos pacientes, al tomar medidas más completas y profundas en su tratamiento. Se utilizó el MMPI-2 versión en español (Lucio y Reyes-Lagunes, 1992), y el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida. Adultos, Lucio, Ampudia y Duran (1996).

Para este estudio la muestra se tomó de aquellos pacientes que acudieron a consulta externa del "Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua".

Se realizó una correlación entre el MMPI-2 y la parte de sucesos de vida que mide el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida. Adultos. Lucio, et. al. (1996).

Además el MMPI-2 fue calificado con un programa, con el cual se obtienen puntajes T con Normas Mexicanas; es el primer estudio con muestra clínica que se califica con estas normas.

Los resultados indicaron relación estadísticamente significativa entre las características de personalidad (medidos a través del MMPI-2) de estos pacientes y los sucesos padecidos recientemente (medidas a través del Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida. Adultos; 1996), ya que estos pacientes responden de una manera particular ante las situaciones externas que se les presentan cotidianamente, Gherardi, Fabrizio e Chirillo, (1993); Rigatelli, Bianchini, y Petri, (1992); y Viacava, (1987).

Las correlaciones encontradas entre ambos factores permiten suponer que las manifestaciones de dermatitis atópica, son el resultado de la interacción entre los rasgos de personalidad de este tipo de pacientes y las situaciones externas que se les presentan, como lo son los sucesos de vida significativos, padecidos recientemente, lo cual permite detectar aquellos factores emocionales asociados con este tipo de padecimiento, para realizar una intervención multidisciplinaria en favor de los pacientes.

INTRODUCCIÓN

La personalidad ha sido una de las áreas de la psicología más estudiadas, así como su medición, para ello se han desarrollado pruebas como el MMPI que representa uno de los instrumentos mas utilizados para investigar factores de personalidad. A través de una gran cantidad de investigaciones se ha podido observar que el instrumento permite identificar posibles alteraciones entre ellas las respuestas psicosomáticas del individuo.

El estar en contacto con personas que padecen dermatitis atópica y el ver que la eliminación de síntomas, en ocasiones, es temporal fue lo que hizo posible la apreciación de la importancia de realizar un estudio acerca de dicha enfermedad, de conocer de que manera inciden los sucesos de vida, como elementos estresores, padecidos recientemente por los pacientes y sus características de personalidad, en la manifestación de dermatitis atópica, a través del MMPI-2 versión en español (Lucio y Reyes-Lagunes 1992) y del Cuestionario de Información biográfica y Sucesos de vida. Adultos, desarrollado por Lucio, et. al. (1996), para poblaciones mexicanas, tomando como base algunos aspectos del de Butcher y Williams (1992).

Es muy importante tener presente la relación que existe entre ambos factores debido a que en ocasiones lo que origina el padecimiento o su permanencia es un grupo de ellos, en otras ocasiones otros factores tienen el papel mas importante en la etiología, el diagnóstico, el desarrollo y manejo de la enfermedad.

La utilidad de encontrar la relación entre factores psicológicos, sucesos de vida recientes padecidos por los sujetos y las manifestaciones de dermatitis atópica permitirá atender el padecimiento, de manera, profunda y hacer una adecuada canalización del paciente hacia un tratamiento médico acompañado por una terapia psicológica, ya que éste trabajo ofrecerá la oportunidad de conocer las reacciones emocionales y las situaciones estresantes vividas por los pacientes que desencadenan o mantienen los síntomas psicosomáticos, y no solo eso, pues al hablar de instituciones médicas se observa claramente la problemática a la que se enfrentan los médicos que no cuentan con el tiempo suficiente para realizar una entrevista completa.

Por lo anterior es importante que tanto el médico, como el psicólogo posean conocimiento de los indicadores relacionados con el diagnóstico para tener un mayor panorama sobre aspectos psicológicos de los pacientes, al hacer una valoración individual del conjunto de factores predisponentes de atopia y una evaluación completa que a su vez, permitirá canalizar al paciente hacia un tratamiento conjunto, de médicos y psicólogos, que incluya tratar tanto aspectos orgánicos como psicológicos.

CAPÍTULO I

TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

INTRODUCCIÓN

La importancia de los factores emocionales y su relación con determinada enfermedad ha sido ampliamente investigada por la medicina psicosomática, que enfatiza la relación entre aspectos emocionales y trastornos orgánicos o psicofisiológicos (Howard, 1989).

Los diferentes autores coinciden en que ciertos estados emocionales y ciertas características de personalidad originan ciertas respuestas psicofisiológicas, es decir un cúmulo de emociones buscan expresión y al ser éstas persistentes y originar la misma respuesta fisiológica del organismo, se estructura un trastorno funcional.

Las alteraciones más frecuentes se observan en los sistemas: músculo-esquelético, respiratorio, cardiovascular, vías gastrointestinales, genitourinario y la piel; en el caso de la piel uno de los padecimientos es la dermatitis atópica (antes conocida como neurodermatitis), para la cual se plantean diferentes factores etiológicos. Estudios relacionados con este padecimiento muestran que los pacientes con neurodermatitis comparten ciertas características de personalidad como irritabilidad, tensión, ansiedad y depresión, hipersensibilidad e introversión.

1.1 A) DEFINICIÓN:

Se da el nombre de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos a los síntomas físicos que no proceden de una causa orgánica obvia y en los que la tensión emocional desempeña una función de primer orden. La palabra "psicosomático" se forma de dos vocablos griegos: Psique (alma) y soma (cuerpo). Los trastornos psicofisiológicos son implicaciones emocionales de órganos y vísceras frecuentemente bajo el control del sistema neurovegetativo y los síntomas son primordialmente fisiológicos, la ansiedad no se alivia (Salomón, 1976).

1.2 B) DESARROLLO HISTÓRICO DEL CONCEPTO DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

En el estudio de la enfermedad psicosomática, menos de un siglo de antigüedad, el concepto de un sólo causante ha cedido el paso gradualmente al moderno punto de vista de que una variedad de factores son los que operan generalmente.

Los primeros investigadores no distinguieron entre las reacciones psicosomáticas y las reacciones histéricas. Las figuras centrales en el campo de la medicina psicosomática fueron Cannon, (1950); Selye, (1974); Dunbar, (1942-46); Alexander, (1950); Mirsky, (1958); y Wolf, (1950). Cannon,(1950) presentó evidencia funcional excelente de su hipótesis "lucha o huye", exponiendo el papel de la epinefrina. Mas tarde Deutsch (1944), pensó que un órgano específico era sensibilizado en la vida temprana por un traumatismo y su reacción emotiva acompañante. La unidad psicosomática, así creada se hallaba disponible posteriormente para responder a varios conflictos psíquicos. (en Stoudemire, 1991).

El concepto de Selye (1974) de "enfermedades de adaptación" recalcó el papel del eje hipófiso-adrenal en su reacción al esfuerzo como el responsable de varios estados patológicos. El perfil de personalidad específico de Dunbar, (1942-46), carácter hipertensivo, personalidad ulcerosa, describía las correlaciones estadísticas entre las enfermedades y los tipos de personalidad, es decir, trombosis coronaria e individuos orientados a una meta, seguros de sí mismos, agresivos. Sin embargo, estudios posteriores no corroboraron su trabajo.

Franz Alexander (1950) introdujo el concepto psicodinámico común subyacente, en el cual las personalidades francas diferían pero había una relación específica entre ciertas constelaciones emotivas y algunas respuestas fisiológicas. Además del traumatismo emocional, los perfiles de personalidad y el conflicto emocional, se han implicado factores constitucionales. Los estudios de Mirsky, (1958) sobre la variabilidad individual de la secreción de ácido clorhídrico en el estómago constituyen contribuciones sobresalientes en ésta área. Stewart Wolf, (1950) fue el principal responsable de un nuevo enfoque de fuerzas múltiples en la vía común final, incluyendo fuerzas biológicas, psicológicas, sociales, económicas, hereditarias, familiares, ambientales y otras. (en Stoudemire, 1991).

Las creencias actuales hacen hincapié en componentes etiológicos multifactoriales que interactúan y producen vías neurofisiológicas y neuroquímicas complejas. Al considerar que el ser humano existe en un equilibrio inestable con su medio por ello desarrolla una serie de mecanismos fisiológicos que le permiten mantener más o menos sus características biológicas, a pesar de los cambios ambientales y pese a los estímulos modificadores, es lo que Cannon llamó homeostasis, mejor conocido como mecanismos de regulación fisiológicos, este equilibrio se va a romper ante cualquier situación exterior que anule o que vaya más allá de la capacidad compensadora del organismo, entonces se produce la enfermedad. Ahora bien, al lado de los mecanismos de regulación fisiológicos, existen también mecanismos de regulación psicológicos que a su vez permiten al ser humano mantener su equilibrio frente a las excitaciones ambientales.

Es decir, promueven la homeostasis anímica en cada momento de la existencia, cuando esos mecanismos son anulados o superados, la ruptura del equilibrio psíquico no se hace esperar, y se produce también la enfermedad, pues se produjeron modificaciones o desviaciones químicas, fisiológicas y desde luego morfológicas, que ocasionan trastornos funcionales, a esto Monge lo llama "síndrome psicósomático de desadaptación". Por ello es importante analizar los factores y las características de ese fracaso adaptativo y sus consecuencias patológicas, que generalmente pasan desapercibidas y se tratan erróneamente, (Monge en Seguí, 1990).

Es importante señalar que las homeostasis fisiológica y psíquica no son en esencia separables sino que, por el contrario, se influyen mutuamente y reaccionan de un modo paralelo, lo que nos lleva al concepto de la unidad psicósomática, unidad reaccional del ser vivo que debe ser considerada en la salud y en la enfermedad. Partiendo de estas nociones se puede comprender mejor como los factores psicológicos que actúan sobre el individuo pueden provocar desadaptaciones o agravar las existentes y, al destruir el equilibrio psicósomático, provocar enfermedades incomprensibles e incurables sino se conocen y manejan los elementos etiológicos determinantes.

La frecuencia con que aparecen las enfermedades psicofisiológicas ha sido cada vez mayor, lo cual, ha originado numerosas investigaciones al respecto. Estudios recientes (Stoudemire, 1991) muestran el interés por los factores que pueden tener alguna influencia sobre el desarrollo de la expresión verbal de los

afectos, pues se considera que la somatización implica un componente lingüístico y uno conductual, el autor en su artículo discute las diferentes interacciones de los factores que pueden influenciar la adquisición y expresión de las emociones (affective language). Para considerar el desarrollo del lenguaje afectivo se consideran varias perspectivas: Además del término "Alexithymia" (el término se refiere al lenguaje somático empleado para expresar la vivencia subjetiva del estrés emocional), se emplean dos términos derivados: "Somatothymia" y "Somatothymic"; para describir el uso de formas somáticas que comunican el estrés psicológico. Somatothymia se refiere a los pacientes que somatizan y refieren sus percepciones subjetivas y sensaciones que acompañan su estrés emocional, es decir, se refiere al tipo de lenguaje somático que los pacientes utilizan para comunicar sus conflictos psicológicos, estrés emocional y necesidades emocionales.

Para Lipowski (1990) los pacientes que somatizan tienden a comunicar, lo que en clínica es llamado, estrés psicosocial. Menciona que la frecuencia con que se presenta la depresión asociada a la somatización ha originado la propuesta de que la somatización constituye una característica esencial de la depresión y, por tanto, puede ser considerada como uno de los criterios diagnósticos.

Los estudios realizados dan gran importancia a tratar de identificar las características de los individuos depresivos que parecen predisponerlos a la somatización. Han sido numerosas las características propuestas como: la edad, sexo, genética, personalidad, aprendizaje, factores socioculturales y emocionales los que predisponen a la somatización.

Alcaraz y Caraveo (1993) puntualizan lo que hasta ahora se ha comentado sobre la somatización que se manifiesta: por síntomas numerosos no explicados médicamente y que corresponden a varios sistemas neurofisiológicos, por una preocupación por la esfera somática o por la presencia de enfermedad, mayor que la esperada en relación con una enfermedad física demostrable, presencia clínica predominante o exclusiva de depresión y ansiedad, asociado con los síntomas físicos en dos formas, primero para dirigir la atención hacia una sensación física que de otra forma podía haber sido ignorada. Por otra parte, los síntomas que el paciente percibe y que se presentan al médico son realmente síntomas

emocionales, existiendo evidencia de la relación entre la presentación somática y los estados psicofisiológicos correspondientes.

Lo anterior, nos muestra que aunque se han realizado investigaciones en referencia a la ocurrencia de la somatización, el examen cuidadoso sobre la literatura referente a las enfermedades psicósomáticas nos revela pocos estudios sistemáticos relacionados con los desórdenes cutáneos. La tendencia a la somatización muestra una especial predilección por la piel, dichas lesiones tienen un enorme impacto en el funcionamiento psicosocial del individuo. Doran, 1985 (en Lipowski, 1990) hizo un recuento de las perturbaciones dermatológicas que se relacionaban con factores psicológicos, los cuales, pueden precipitar, agravar, o perpetuar las perturbaciones de la piel como: dermatitis atópica, pruritus, eccema, urticaria, psoriasis, entre otras. Los factores relacionados parecen ser características de personalidad, imitación de estilos, reacciones de estrés, inadecuado ajuste interpersonal y pobre autoestima, lo cual, sugiere técnicas conductuales junto con la evolución médica para el tratamiento adecuado de los pacientes. Reportes sobre los factores psicológicos relacionados con la dermatitis atópica han fortalecido viejos conceptos respecto a la relación del estrés, el impacto de la ansiedad, la importancia de las bases sociales y el papel de los factores psicológicos o personalidad (hostilidad perfeccionismo, autodesprecio) Ramsay, 1988 (en Lipowski, 1990).

Aún no se ha investigado de manera sistemática la relación entre los factores psicológicos y la dermatitis, la ansiedad y la tendencia a los desórdenes psicofisiológicos como la migraña y la irritación del colon si han sido reportados.

1.3 C) TIPOS DE TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS

Las alteraciones psicofisiológicas que se observan afectan en especial a seis sistemas orgánicos, de acuerdo a Salomón 1996.

1.-LA PIEL: En las siguientes formas clínicas: eccema, psoriasis, urticaria y dermatitis atópica.

2.-Sistema músculo esquelético: En las siguientes formas clínicas: lumbagia, calambres y cefalagia.

3.-Aparato respiratorio: En las siguientes formas clínicas: hiperventilación y asma bronquial.

4.-Sistema cardiovascular: En las Sigüientes formas clínicas: taquicardia ("palpitaciones"), hipertensión y migraña.

5.-Aparato digestivo: En las Sigüientes formas clínicas: acidez, pesadez gástrica ("Falta de digestión") Gastritis, úlcera péptica o duodenal, colitis, hiperacidez, pirosis, eructo nervioso, colon espástico, falta de apetito, vómito, estreñimiento o diarrea crónicos.

6.-Aparato genitourinario: En las Sigüientes formas clínicas: Amenorrea, menorragia, Polimenorrea, dismenorrea, impotencia, eyaculación prematura, disfunción orgásmica, vaginismo y disuria,

Para Seguin (1990) las alteraciones psicofisiológicas también afectan la cenestesia, manifestándose en los sigüientes síntomas: sensaciones de debilidad, cansancio acompañadas de síntomas psíquicos como la depresión y la angustia.

En el plano superficial el síndrome psicósomático de desadaptación, es un caso de huida en la enfermedad, que es importante considerar. También resulta importante señalar un problema más que se tiene cuando se presenta el síndrome y es *la elección de los síntomas*, la primera respuesta es que quizá se deba a las dificultades de la adaptación fisiológica o a la propensión a la somatización, a la descarga de sus problemas emocionales por vía de la conversión o neurovegetativa, propensión que se acentúa si los órganos se hallan en meopragia funcional. En cuanto a la elección de los síntomas, esto se explica por la debilidad constitucional o adquirida de un órgano o un sistema, que constituye de esa manera un *Locus minoris resistentia*. Así se explica que esa parte débil sea más fácil de enfermar, que el resto del organismo, más aún cuando existe una fijación de síntomas producidos por una enfermedad o accidentes previos o cuando hay una fijación de la carga instintiva en determinados órganos o sistemas a través de la evolución individual, de acuerdo a Freud (en Seguin, 1990). Otra explicación nos la dio Franz Alexander, (1950) cuando habla de la capacidad de un órgano o sistema para expresar, simbólicamente una tendencia determinada, es decir se refiere a la relación específica entre ciertas constelaciones emotivas y algunas respuestas fisiológicas.

Es importante señalar, como ya se mencionó anteriormente, que al hacer el diagnóstico se debe considerar la constelación de factores somáticos y psicosociales que intervienen en la determinación de la enfermedad. Es

comprensible que las alteraciones psicofisiológicas descritas determinen sensaciones anormales y aún trastornos fisiológicos importantes y sobre todo menor capacidad de resistencia y rendimiento; es así que esos factores son importantes, la desadaptación, sin embargo, es decisiva ya que el verdadero significado de la enfermedad no es comprendido por que la atención se enfoca solamente en el examen de los órganos afectados, lo que ocasiona una total desorientación diagnóstica y terapéutica, que sin lugar a dudas afecta la evolución del padecimiento y este se torna crónico o en el mejor de los casos los síntomas actuales desaparecen temporalmente o cambian, sin que ello signifique garantía de que el paciente se ha curado.

La única alternativa es hacer una valoración individual del conjunto de los factores predisponentes, determinantes y desencadenantes para formular un diagnóstico, pronóstico y tratamiento válidos.

Debido a que la presente investigación se enfoca al padecimiento psicofisiológico de Dermatitis atópica se considera conveniente presentar una breve explicación del mismo: Definición: Solución de continuidad de la piel, con una distribución característica, localizada casi siempre en la nuca, cara interior de los muslos, región púbica y en el dorso de las manos; la lesión dermatológica se acompaña de profundos surcos debidos a la constante irritación y rascaduras. Se le asocia con historia de atopia personal o familiar, - de acuerdo a Coca término atopia designa formas de reacción de hipersensibilidad inespecífica y constitucional; esto significa que existen factores genéticos implicados que aún no se han precisado, sin embargo lo que se sabe es que es un padecimiento que se hereda y que tiene un patrón poligénico con expresión variable, condición que apoya la expresión familiar; se plantea como posibilidad la dermatitis como un fenotipo con varias posibilidades genóticas, (en Saúl, 1986).

Las probabilidades son de un 58% si el paciente es descendiente de un padre afectado de un 78% si ambos padres son afectados, Hanifin y Lobits, (1989).

La afección produce prurito y es semejante al liquen, caracterizada por una piel seca (deficiente producción de lípidos) que muestra una tendencia a desarrollar reacciones de contacto alérgico, esto hace que presente períodos de dermatitis aguda y/o crónica, rebelde a los tratamientos médicos, ya que retiene el sudor, se le marcan con exageración los pliegues, es hipersensible, responde con prurito a

cualquier estímulo: calor, frío, lana, jabón, medicamentos, cosméticos, emociones, etc.

Es decir, es una piel con poca resistencia a sustancias irritantes, además de que la lesión primaria es modificada como resultado de rascaduras que incluso pueden ser infectadas. En nuestro país es una enfermedad muy frecuente, ocupa el 10° lugar dentro de la patología dermatológica, es relativamente mayor en mujeres y no hay predominio racial, pero suele verse mas en personas de clase media o alta. (Saúl, 1983).

Sulzberger y Feinber (1940), proponen una clasificación de la neurodermatitis en donde la fase del adulto se caracteriza porque una mínima proporción de los pacientes sobrepasa la edad adulta, el padecimiento es de menos severidad y cuando esto sucede las lesiones se presentan en los párpados, alrededor de la boca, en las manos, y en los pliegues en forma de placas liquenificadas o vesículas con mucho prurito, todo ello con huellas de rascado; la palidez facial es característica. Su evolución es por brotes, aunque a veces puede mantenerse permanente.

Otros dos patrones clínicos únicos en la dermatitis atópica incluyen la dermatitis de la mano que puede ser más frecuente en amas de casa, mecánicos y enfermeras, ya que ellos se encuentran mayormente expuestos a irritantes físicos o químicos, Harvey (1989).

El rascado de las lesiones favorece infecciones, agregando o manifestando pústulas y costras melicéricas, dada la tendencia de los pacientes a aplicarse medicamentos, la enfermedad se sale de sus sitios, se extiende a todo el cuerpo, y puede provocar una dermatitis por contacto.

Es un estado reaccional por múltiples factores aún en discusión, (Saúl 1983), entre los que se encuentran: antecedentes de atopia en un 80% de los casos, factores vasculares, factores genéticos, factores psicológicos, factores ambientales, sucesos de vida, sucesos cotidianos Ehlers, Gieler y Stangier (1995); por ello la evolución, pronóstico y tratamiento del padecimiento resulta complicado pues el manejo es principalmente sintomático y paliativo.

Resumiendo se podría decir, que se trata de una enfermedad de origen constitucional con influencia familiar y psicológica.

CAPÍTULO II

DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL MMPI-2 Y DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN BIOGRÁFICA Y SUCESOS DE VIDA. ADULTOS

INTRODUCCIÓN

Al hacer una revisión sobre los estudios realizados con padecimientos psicofisiológicos, los resultados indican que estos son pocos y mucho menos aún, son los trabajos con pacientes dermatológicos; en los pocos estudios encontrados se ha tratado de conocer la personalidad de los pacientes pero en ninguno de ellos se ha relacionado el padecimiento con factores estresantes, mucho menos aún se ha trabajado con dermatitis atópica, no obstante, la frecuencia del padecimiento, y el interés que desde la década de los 50's surgió en las enfermedades psicofisiológicas, (en donde se plantea que éstas son el resultado de una situación de estrés), donde el padecimiento surge como una tendencia de los organismos a restablecer un equilibrio una vez que este ha sido alterado por factores que susciten cambios en su medio interno e incluso estos cambios pueden ser diferentes emociones, y a cada estado emocional corresponde una respuesta fisiológica característica que no es patológica en sí misma, pero que su persistencia puede llegar a producir alteraciones estructurales, ya que en ella participan nuestros órganos y sistemas, (en Howard, 1989).

Es entonces, que en este estudio se trata de encontrar indicadores que se relacionan con la etiología de la Dermatitis Atópica al relacionar las características de personalidad con sucesos de vida como elementos estresantes y propiciadores del padecimiento, ya que existen diversos acontecimientos que se consideran estresantes y que dependiendo de su magnitud o cronicidad, llegan a ser nocivos para la salud del individuo en general. Para poder relacionar ambos elementos se requiere del empleo de un instrumento con el que se puedan evaluar las características de personalidad de los pacientes, para el presente estudio se utilizó el MMPI-2, (versión en español, Lucio y Reyes-Lagunes, 1995), y para obtener datos sobre los sucesos el Cuestionario de Información biográfica y sucesos de vida. Adultos, Lucio, et. al. (1996). Por ser uno de los pocos instrumentos que existen en México que cubren este objetivo.

En el presente capítulo se describirá de manera breve la manera en que fueron adaptados para México ambos instrumentos.

2.1 ANTECEDENTES AL DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA-2, (MMPI-2)

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, MMPI, apareció en 1940, desde entonces, ha sido muy utilizado para evaluar la personalidad, pues cuenta con una base estadística sólida que permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas desarrolladas. Por otro lado, a través de 567 reactivos un individuo define sus características y la imagen de sí mismo y sus respuestas pueden ser comparadas con la media estadística. Esto da pie a que la prueba adquiera importantes características psicométricas y, simultáneamente, se utiliza como técnica proyectiva.

Por lo anterior, el procedimiento de calificación de la prueba y la elaboración del perfil resultante, tienen alta estabilidad, ya que depende de marcos de referencia fijos. Esta característica plantea la necesidad de llevar a cabo un proceso de normalización o estandarización de los puntajes, debido a que se han encontrado algunas diferencias transculturales importantes.

Si se tienen presentes las características del MMPI y cierta forma de combinar las variables básicas, es posible lograr datos que reflejan las características de una persona, tanto datos alterados, como sus recursos, su posibilidad para recibir ayuda, sus mecanismos de defensa y la organización psicodinámica de sus rasgos. La prueba consta de escalas de validez que son: L, F, K y "no puedo decir". Estas escalas proveen ciertas medidas de validez a las escalas clínicas, valorando la habilidad para comprender y la actitud del sujeto frente a la prueba.

2.1.1 PERSONALIDAD

Dentro de la psicología, actualmente, ningún otra área como es la de la personalidad cubre un campo tan extenso por ser un área importante de estudio, sus investigaciones son abundantes y sus teorías son muchas, todas ellas con el interés de estudiar la personalidad y poder entender al ser humano, tanto a un nivel individual como a un nivel social, para poder explicarla de acuerdo a sus teorías.

Por lo tanto, hablar de personalidad no es labor sencilla, ya que ha sido uno de los términos mas discutidos dentro del campo de la Psicología.

Como ya se mencionó son diversos los teóricos que han estudiado y propuesto diversos enfoques para estudiar el término personalidad, sin embargo, el presente trabajo se basará en la teoría de rasgos, por ser la aproximación teórica en los estudios sobre inventarios de personalidad, al ser la base conceptual de la aproximación psicométrica. Tomándose a los rasgos como constantes de la personalidad (o características estables de la personalidad), ya que se puede describir a una persona por su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo (Cattell 1965).

El rasgo según Cattell, es una "estructura mental" que se infiere a partir de la conducta observada y destinada a explicar la regularidad o coherencia de ésta. Menciona que existen rasgos comunes presentes en los individuos que comparten ciertas experiencias sociales. Así mismo existen rasgos singulares que solo corresponden a un individuo particular. Hace la discriminación entre rasgos superficiales, que representan grupos de variables que operan en conjunto, rasgos fundamentales que representan variables subyacentes.

Se define al rasgo como una característica o dimensión persistente de las diferencias individuales. Podría decirse que la personalidad es un sistema dinámico como se expresa en la siguiente definición: "La personalidad es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular adaptación al ambiente"(Allport 1974, pag.24).

Un síntoma es un rasgo de una personalidad anormal. Un tipo de personalidad es una agrupación de muchos rasgos de personalidad, que forman un modelo o arquetipo. Los tipos de personalidad suelen ser sustantivos, como napoleónico, inglés, cristiano, etc. Un síndrome es un tipo de personalidad anormal.

Guilford (1949) señala que el término personalidad es un vocablo tan amplio que puede incluir todos los rasgos del individuo, como son las características físicas, las cualidades temperamentales, los intereses, la conducta expresiva y los síntomas patológicos.

Según Guilford la personalidad es el patrón único de rasgos de un individuo. Un rasgo es cualquier aspecto distintivo y duradero en el que un individuo difiere de otro. (en Guilford y Zimmerman, 1974).

Los rasgos presentan las siguientes características, se puede medir, son consistentes en su posición relativa entre unos y otros, son universales; su generalidad puede ser mayor o menor en una persona.

Para explicar la personalidad en función del concepto de rasgos es necesario, según el autor, que este concepto cumpla con los siguientes requisitos:

Respecto al número de rasgos que se requieren para explicar la personalidad, debe ser el menor número posible, deben abarcar en forma comprensiva a toda la personalidad y es preciso un acuerdo respecto a la lista de rasgos que van a utilizar.

Lo anterior se cumplirá por medio del análisis factorial, considerando que cada factor que este método arroje, se aceptará como rasgo primario dentro de la personalidad.

2.1.2 Teoría Factorialista

Es la teoría que reviste mayor importancia, pues el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad) que es el instrumento que se emplea, está basado en la misma. Por esta razón se cree conveniente hacer a continuación una breve revisión de los conceptos más relevantes y de sus principales exponentes.

Esta teoría posee esencialmente un conjunto de variables o factores específicos que se toman como subyacentes y explicativos de la conducta humana. Derivan de una estadística particular: El Análisis Factorial. Este estudia la conducta de cada uno de los sujetos de un grupo numeroso con una gran cantidad de puntajes derivados de cuestionarios, estimaciones, pruebas situacionales o cualquier otra fuente que provea de una medida significativa y cuantificable de la conducta. Estas mediciones idealmente deben encarar muy diferentes aspectos de ella. Una vez obtenidos los índices externos, el investigador aplica la técnica del Análisis Factorial a fin de descubrir los factores subyacentes que determinan o controlan el cambio de las variables externas (Eysenk y Eysenk, 1961).

Este análisis no solo aísla los factores fundamentales; sino que proporciona además una estimación del grado en que cada uno de ellos contribuye a determinar cada medida o conjunto de puntajes. En suma, estos factores constituyen intentos de formular variables que expliquen la complejidad de la conducta humana manifiesta.

Para la evaluación de la personalidad contamos con pruebas como el MMPI surgida de la psicopatología, posteriormente ha sido aplicada y desarrollada a partir de rasgos de la personalidad.

Para esta investigación se utilizará el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota en su versión al español MMPI-2 (Lucio y Reyes-Lagunes, 1992), que es multidimensional, es decir mide muchas variables y produce varios puntajes.

2.2 DESARROLLO DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA-2, (MMPI-2)

A pesar de las muchas investigaciones que se habían hecho sobre el MMPI, este no había sido revisado hasta 1982, en 1989 se publica la versión revisada del MMPI-2. Hathaway (1965) señala que el MMPI podría ser criticado por su perpetuación de la nosología diagnóstica derivada de Kraepelin, lo cual se hizo más evidente con las transformaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, Hathaway también señaló las dificultades en la selección de los reactivos para las escalas, así como limitaciones en la normalización del MMPI y considerando la aceptación del inventario a nivel mundial, los cambios culturales en 50 años desde su aparición. Por último otra crítica era que la prueba se refería a funciones corporales y que su contenido ya resultaba obsoleto.

De todo lo anterior surge la revisión que se debió a la necesidad de cambiar aquellas expresiones sexistas, reactivos de contenido objetable y obsoleto, expresiones idiomáticas pasadas de moda y referencias o materiales cada vez menos conocidos, pues ya habían pasado 5 décadas desde la aparición del MMPI original y la cultura americana había cambiado, por lo que se hizo necesario hacer una reestandarización utilizando normas nacionales contemporáneas. En 1970 el Simposium del MMPI se dedica a la revisión de las dificultades que se venían planteando es aquí donde se decide la reestandarización del instrumento. En 1982 la Imprenta de la Universidad de Minnesota designa un comité de reestandarización de la prueba original integrado por James N. Butcher, W. Grant Dalstrom y John R. Graham quienes habían recomendado su revisión.

Uno de los objetivos del proyecto era mantener la continuidad entre el MMPI original y su revisión, a fin de poder contar con la riqueza de hallazgos obtenidos hasta ese momento con el MMPI, se propusieron obtener nuevas normas nacionales con una muestra más representativa, mejorar los reactivos en su redacción, eliminar algunos y agregar otros para ampliar las dimensiones del contenido de algunas de las escalas, mantener intactas las escalas clínicas, de

validez y algunas suplementarias, recopilar muestras nuevas y seleccionarlas al azar, desarrollar normas contemporáneas, así como una nueva distribución normativa para las escalas que reflejarán mejor los problemas clínicos y resolvieran la falta de uniformidad en la clasificación percentil que ocurre con las escalas del MMPI original, y recolectar datos clínicos para evaluar los cambios que se debían hacer en las escalas originales y para validar las nuevas escalas.

Se elaboró un folleto experimental denominado AX, en el cual se mantuvo el total de los 550 reactivos originales; eliminando los 16 repetidos, se volvieron a redactar 82 reactivos en 15 de ellos se eliminaron palabras para evitar hacer alusión a un género específico, se sustituyeron las expresiones obsoletas; se añadieron 154 nuevos reactivos para ampliar el contenido e incluir problemas no contemplados en el MMPI original como: abuso de alcohol y drogas, potencial suicida, patrones de conducta de personalidad tipo A, ajuste marital, actitudes laborales y disposición al tratamiento (Graham, 1990).

Para seleccionar la muestra normativa se utilizó el censo de población de 1980, se eligieron siete ciudades con representatividad geográfica (Minnesota, Ohio, Carolina del Norte, Washington, Pensilvania, Virginia y California), los sujetos se seleccionaron de la comunidad o del directorio telefónico. A los candidatos de la muestra se les envió una carta explicándoles el proyecto y solicitando su participación.

Posteriormente se decidió pagar por la participación, 15 dolares por cada individuo y 40 dolares por parejas. Para tener representatividad de la muestra se agregó personal militar e indios americanos. El total de la muestra fue de 2,900 sujetos, la aplicación fue grupal y en la aplicación se les pidió información biográfica y de eventos de vida. Las parejas llenaban dos formas adicionales en las que se describía el tipo y duración de la relación y se calificaban mutuamente en una escala de 110 características. Se eliminaron las pruebas invalidadas, quedando la muestra final de 2,600 sujetos (1,138 hombres y 1,462 mujeres, incluyendo 481 parejas), las edades eran de 18 a 85 años con nivel educacional de 3 a 20 o más años, la composición racial era de blancos, negros, hispanicos, indios americanos y americanos asiáticos. Una semana después se repitió la prueba a 111 mujeres y 82 hombres, para recoger datos de test-retest. El 3% de los hombres y el 6% de las mujeres de la muestra normativa estaban recibiendo tratamiento por problemas de salud mental en el momento del estudio. También se recogieron datos de sujetos de grupos especiales, como pacientes psiquiátricos, alcohólicos, pacientes con

enfermedades crónicas, clientes de consejería marital, estudiantes universitarios y aspirantes a trabajos (Butcher, 1992). A todos se les administró los 704 reactivos de la forma Ax del MMPI.

En 1989 el comité de reestandarización del MMPI, publicó una nueva versión conocida como MMPI-2 para adultos (Butcher, Dalhstrom, Graham, Tellegan y Kaemmer, 1989).

El inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 surge de los cambios, en la redacción de los reactivos, hechos al MMPI original. Se suprimió un número reducido de reactivos de las escalas básicas, en donde se incluyeron nuevos reactivos que cubren contenido más amplio y nuevas escalas de contenido y suplementarias. A pesar de los cambios se cumplió con el objetivo de mantener continuidad entre ambas pruebas. Son similares en las escalas básicas de validez y en las escalas clínicas, la reestructuración de los reactivos no alteró las propiedades psicométricas de la prueba, existen plantillas para sujetos masculinos y sujetos femeninos, por separado; clave de puntajes manuales y normas con y sin corrección de escala K.

La nueva versión posee nuevas normas nacionales contemporáneas basadas en una muestra más representativa y valores T uniformes, separados para hombres y para mujeres, para 8 de las escalas clínicas y 15 escalas de contenido (Butcher, 1989).

Además la creación de nuevos reactivos cubre áreas de contenido no contempladas en el MMPI; validez adicional de los indicadores; escalas suplementarias y un nuevo método de puntaje T uniforme para la composición de las escalas (Butcher, 1992).

Las normas originales del MMPI fueron desarrolladas usando una transformación a puntajes T lineal, en un esfuerzo por hacer las normas comparables, a las distribuciones de puntajes T se les asignó una media de 50 y una desviación estándar de 10, este paso se siguió en la reestandarización, con una importante modificación que resolvió el problema de los valores percentiles no equiparables entre las escalas, que ocurría con los puntajes originales de T lineal.

Los puntajes del MMPI-2, puntajes T uniformes, para hacer las escalas comparables a las distribuciones de puntajes T se les asignó una media de 50 y una

desviación estándar de 10. Este paso se hizo también en la reestandarización, resolviendo así el problema de los valores percentiles no-equiparables entre las escalas que ocurría con los valores originales de T lineal. Los nuevos puntajes T uniformes desarrollados por Auke Tellegen fueron desarrollados para las ocho escalas clínicas y para las 15 escalas de contenido, para constituir una distribución compuesta. Para estas escalas los puntajes brutos fueron convertidos en los correspondientes T uniforme por una regresión de los puntajes brutos en percentiles equivalentes de puntajes T uniforme.

Luego se derivaron los puntajes T uniforme, de forma separada para hombres y para mujeres (Butcher et. al., 1989). Para el MMPI-2 el puntaje T 65 cae uniformemente en percentil 92 para las ocho escalas clínicas y las 15 escalas de contenido, en consecuencia una elevación de este valor marca rangos clínicos significativos.

El nuevo MMPI-2 quedó compuesto por 567 reactivos, hay estudios posteriores a su validación que indican datos favorables en relación a la validez del instrumento en diferentes poblaciones (Butcher, 1992).

Para la interpretación del MMPI-2 se ha encontrado que el puntaje T=65 es el punto clínicamente significativo. Actualmente existen tres traducciones del MMPI-2 al español realizadas en Chile, en España y en México.

Para el presente trabajo se utilizó la versión realizada en México por Lucio y Reyes-Lagunes (1992), en la cual, se siguió un proceso cuidadoso y no solo es una traducción sino una adaptación del instrumento a la población mexicana. Es importante enfatizar que el MMPI-2 resulta más adecuado para evaluar a la población mexicana, aunque es necesario aplicarlo a una muestra más representativa de la población general, para lograr una mejor adaptación del instrumento (Lucio, 1995).

2.2.1 INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL MMPI-2 EN E.U.

Desde su publicación en 1989 se han realizado una gran cantidad de estudios principalmente orientados a probar la validez y confiabilidad del instrumento y a generar otros estudios para revisar las modificaciones hechas a la prueba (Butcher, et. al., 1989). Para esta investigación se describen algunas de ellas como las que se presentan a continuación.

De Lain, y Michael Andrew (1990) realizaron una investigación comparando el MMPI y el MMPI-2, analizaron los componentes de la varianza usando el análisis facético de la teoría de la generalización. Los datos fueron tomados de 60 sujetos de entre 19 y 44 años caucásicos y afroamericanos. Se les aplicó simultáneamente el MMPI y el MMPI-2. La generalización dependiente de las facetas de las 13 escalas de la prueba se examinó usando el programa de sistema de análisis de varianza de propósito general (GENOVA). La diferencia de varianza entre las escalas del MMPI y MMPI-2 alcanzaron de 0% a 13% con un cambio significativo en los puntajes esperados del universo. El análisis univariado también indicó diferencias significativas entre los perfiles medios para las versiones del MMPI, con una alta concordancia entre la proporción de F univariada y los componentes de varianza de GENOVA. No se encontraron diferencias por raza o sexo en la estimación de varianza o en el análisis univariado. El examen del tipo de código de dos picos, indicó aproximadamente un desajuste de la mitad entre las versiones de la prueba. La correlación entre las escalas individuales de las pruebas fue elevada, aunque hubo cambios en las correlaciones entre las escalas dentro de cada prueba.

Levitt (1990) realizó un estudio estructural del impacto del MMPI-2 sobre el MMPI original, los reactivos modificados los presentó en una lista en pares. Los reactivos del MMPI eliminados en el MMPI-2 también los presentó. Mostró las frecuencias de los reactivos que permanecen en el MMPI-2 para las escalas especiales: las subescalas Harris Ligoes; las escalas Wiggins de contenido; las escalas agrupadas de Triyon, Stern y Chu; las escalas racionales de Indiana; así como para las escalas de validez y de contenido. La mayoría de las escalas especiales del MMPI permanecieron relativamente intactas para el MMPI-2.

Strassberg (1991) realizó un estudio sobre la resolución a los dilemas interpretativos creados por el MMPI-2, sugiere que las diferencias entre el MMPI y el MMPI-2 son de esperarse y que lo que estas revelan son la superioridad del MMPI-2, por lo que no se deberían desanimar en el uso del instrumento.

Ben-Porath y Graham (1991) en su estudio sobre los dilemas interpretativos creados por el MMPI-2, en respuesta a Strassberg, discuten los dilemas

interpretativos identificados por Strassberg y proponen aclarar estos dilemas señalando que algunos cambios introducidos en el MMPI-2 son requisito necesario para la mejoría del instrumento. Los cambios en el procedimiento de administración usados en la muestra normativa del MMPI-2 deben mejorar la calidad de los datos normativos. Los cambios de los puntajes T fueron desarrollados de tal manera que produjeran un cambio mínimo en los perfiles, pero que permitieran una interpretación más precisa. Los cambios normativos tienen un efecto diferencial sobre las escalas clínicas. Finalmente, el problema de la congruencia de codificación ha sido sobrestimado y exagerado. Se concluye que los cambios introducidos en el MMPI-2, pueden servir solo para mejorar la prueba.

Strassberg (1991) en otro estudio sobre los dilemas interpretativos argumenta que mientras que el MMPI-2 tiene potencial para promover más y mejor información clínicamente relevante que su predecesor, su introducción también crea varios problemas para los clínicos e investigadores. Las nuevas normas y el uso de puntajes T-uniformes (en vez de puntajes T-lineales) como resultado de los mismos puntajes brutos en las dos pruebas, producen perfiles clínicos que pueden ser diferentes, tanto cualitativamente como cuantitativamente. Estas diferencias pueden producir dificultades al interpretar el perfil de MMPI-2 cuando el usuario cuenta con estrategias interpretativas sobre el MMPI. Señala esta preocupación y ofrece estrategias remediales temporales.

Butcher, Jeffrey, Cayton y Colligan (1990) llevaron a cabo un estudio en personal del servicio militar activo con el MMPI-2, para determinar si se necesitaban normas especiales para esta población, y se exploró la relevancia y lo apropiado del MMPI-2. 1,156 hombres de 17 a 51 años de la armada, la marina y la fuerza aérea respondieron de manera similar a la muestra de la reestandarización del MMPI-2. Se obtuvieron puntajes medios y estructura factorial similares. Por tanto no se necesita establecer normas especiales para los militares.

Fishburne y Parkinson (1984) de acuerdo con investigaciones anteriores hallaron claras diferencias por edades en el MMPI-2, en que los sujetos más jóvenes producen mayor elevación en las escalas, particularmente en las escalas de Desviación Psicopática, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomanía.

Pancoast y Archer (1989) revisaron las normas de adultos del MMPI en muestras normales. Se comparó los resultados encontrados en 21 estudios sobre el MMPI para adultos normales, con las normas de los valores de las escalas para el MMPI standard. Estas comparaciones indicaron que las normas tradicionales de adultos pueden contener grados detectables de prejuicios desde su publicación, y que se pueden encontrar patrones consistentes de diferencias de las normas del MMPI standard en estudios independientes publicados desde 1949. Dos consideraciones separadas impactan sobre el desarrollo de las nuevas normas de adultos: los investigadores necesitan normas para adultos que reflejen con precisión los patrones de respuesta de la población general, y los clínicos necesitan para la evaluación individual de pacientes, normas que produzcan códigos en relación con la literatura empírica obtenida en más de 40 años. Se discute la tensión inherente entre estos dos propósitos y las implicaciones de nuevas normas para adultos del MMPI para investigadores y para la práctica clínica.

Munley y Zarantonello (1989) compararon tipos de perfiles del MMPI-2, a través de normas contemporáneas y standard, examinaron los cambios en la elevación media, dispersión, configuración total y tipos de códigos, de perfiles bien definidos, derivados de grupos de diagnóstico con correlación clínica conocida y su posterior transformación, usando las normas contemporáneas desarrolladas por R.C. Collogan y otros (1983). Se analizaron un total de 34 perfiles, usando los puntajes T normalizados contemporáneos. Los resultados produjeron las reducciones esperadas en la elevación media y la dispersión alrededor de la media en la transformación a normas contemporáneas. Los perfiles en puntajes T normalizados lineales y contemporáneos obtuvieron alta correlación entre sí, y mostraron un patrón similar de correlación con los tipos trimodales del MMPI de H.A Skinner y D.N. Jackson. Se encontró similitud en los perfiles en un 945 de los tipos de códigos. Aparece indicado el continuo uso de las normas originales con las normas contemporáneas.

Munley (1991) llevó a cabo un estudio comparando los puntajes T para mujeres y hombres del MMPI y el MMPI-2. Encontró que la relación entre puntajes T del MMPI-2 y el MMPI varía a través de las escalas individuales, los rangos específicos dentro de las escalas y las normas para hombres y mujeres. Las

puntuaciones T de la escala L son comparablemente más altas tanto para hombres como para mujeres. Las puntuaciones T para la escala F del MMPI-2 son más altas para hombres pero algo más bajas para mujeres. Las puntuaciones T de la escala K son similares tanto para los hombres como para las mujeres, las escalas 1, 2, 3, 6, y parecen mantener una elevación relativamente mayor en comparación con las normas del MMPI original.

La escala 4 marcó disminución para ambos sexos, mientras que la escala 5 es más baja para hombres y algo más alta para mujeres, con la escala 7, 8, y 9 son notablemente más bajas en el rango 65-80 para hombres; sin embargo, muestran menor reducción para mujeres, con la escala 7 muy similar a las normas originales, y las escalas 8 y 9 algo disminuidas pero no tanto como las escalas masculinas. En general, las puntuaciones T de las escalas clínicas del MMPI-2 para mujeres parecen mostrar mayor similitud con las normas originales que las que presentan las normas del nuevo MMPI-2 para hombres, (en Butcher y Williams, 1992).

Ben-Porath y Butcher (1988) compararon las escalas y perfiles del MMPI y del MMPI-2 y demostraron la estabilidad, psicométrica de los 68 reactivos rebalsados comparando su contribución en las escalas en las cuales eran puntuados, con los reactivos originales. Los autores intentaron evaluar los efectos de otros cambios introducidos en el MMPI-2 en la estabilidad de las 13 escalas básicas y de las 8 suplementarias que fueron conservadas en el MMPI-2. Su muestra fue de 403 estudiantes universitarios no graduados se aplicaron los criterios de exclusión de Butcher (1992) con edades de 17 a 46 años. Se administraron dos versiones del MMPI, una de ellas fue el MMPI-AX, con 704 reactivos. Los puntajes T para los sujetos que contestarán la forma AX fueron derivados puntuando solamente los reactivos que aparecían en el MMPI-2 y usando las nuevas normas. Ninguna de las correlaciones test-retest de las 13 escalas básicas y de las 8 suplementarias difirió significativamente para los hombres en la muestra cuando se compararon sujetos que contestaron la forma original dos veces.

2.2.3 INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL MMPI-2 EN MÉXICO

En México existen numerosos estudios realizados con el MMPI original, desde que el Dr. Rafael Nuñez tradujo la prueba alrededor de 1965. En algunos estudios se encontró índices elevados de psicopatología en la población mexicana (Ampudia, Stilman y Villanueva, 1977; Cárdenas, 1987; Lucio, 1976; Navarro, 1971; en Lucio y Ampudia, 1995). En otros estudios se encontraron diferencias importantes entre la población mexicana y la estadounidense (Rivera y Ampudia, 1976; Casabal y Wengerman, 1974; Lucio y Labastida, 1993; en Lucio y Ampudia, 1995). Debido a que la versión original no se adaptó ni se estandarizó no era posible saber si estas diferencias eran reales o se debían a las limitaciones de utilizar de una traducción literal, por ello se decidió realizar un trabajo cuidadoso con la nueva versión del MMPI-2. Los trabajos que a continuación se presentan forman parte de las investigaciones iniciales realizadas en México, con el MMPI-2. Son estudios que respaldan la continuidad conceptual entre el MMPI original y el MMPI-2.

En México existen estudios con el MMPI-2 como el realizado por Lucio y Reyes-Lagunes, (1992), en la facultad de psicología con estudiantes universitarios mexicanos. Se llevó a cabo una traducción del instrumento adecuada a nuestra población, una vez obtenida la versión final de inventario al español se procedió a seleccionar la muestra, tratando de mantener la misma metodología para la obtención de las normas de estudiantes norteamericanos, para obtener las normas de la población de universitarios de la UNAM.

Lucio y Reyes-Lagunes (1992) realizaron la primera investigación que tenía por objetivo traducir y adecuar el contenido y lenguaje de los reactivos del MMPI-2 a la población mexicana. Para obtener la nueva versión en español, primero se hizo la traducción de la versión en inglés del MMPI-2, la cual fue revisada y afinada por los responsables de la investigación y un traductor experto, esta versión fue validada por jueces externos, conocedores del MMPI, de ello se obtuvo una versión que esta vez fue traducida al inglés, obteniéndose una alta correspondencia con el MMPI-2 original (en inglés). La muestra para la normalización de la prueba fue de 1, 920 estudiantes universitarios mexicanos, de uno y otro sexo, seleccionada al azar, a los cuales se les aplicó la prueba de forma

grupales. Se obtuvieron las medias y frecuencias de cada escala para obtener las normas. Las medias y las desviaciones estándar obtenidas fueron comparadas con las de la muestra normativa norteamericana y con las de una muestra de estudiantes norteamericanos (Butcher, 1989). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la muestra mexicana de estudiantes y la muestra norteamericana de estudiantes, tanto en las tres escalas de validez como en las diez escalas clínicas. En la comparación entre la muestra normativa mexicana y la población normativa norteamericana también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas excepto en las escalas 3 y 0. En la distribución de las puntuaciones T, la mayor diferencia se encontró en la escala 5 para las mujeres mayor a T 60. Se observó una gran dispersión respecto a la escala 8, en ambas poblaciones y en uno y otro sexo. Se concluyó que las diferencias encontradas parecen reflejar diferencias reales de personalidad entre ambas poblaciones (Lucio, 1995). Con este trabajo se establecieron las normas para los estudiantes mexicanos.

En su estudio las autoras encontraron diferencias significativas entre la población mexicana y la población norteamericana, pero menores a las que se encontrarían con el MMPI original, pues en ninguna de las escalas clínicas la población mexicana llega a presentar medias que caigan por arriba de T 55, ni mucho menos dentro de niveles psicopatológicos como sucedía con la primera versión del instrumento. En sus resultados, concluyen que las normas de los estudiantes mexicanos son diferentes de las de los estudiantes norteamericanos. Las diferencias que se encontraron entre la población mexicana y norteamericana parecen reflejar diferencias reales de personalidad entre ambas poblaciones. Los perfiles de los estudiantes mexicanos obtenidos con el MMPI-2, tienden más a la normalidad que los obtenidos por el MMPI original, lo cual se debe tanto a la revisión del instrumento, como a que el método de traducción y adaptación seguido en este estudio fue más estricto que el que se ha seguido en otras investigaciones en México.

Otra investigación es la de Ampudia, Duran y Lucio (1995) quienes realizaron un estudio exploratorio con el fin de conocer el comportamiento de las escalas suplementarias, escalas clínicas básicas y de validez del MMPI-2 versión en español (Lucio y Reyes-Lagunes, 1992), y el rendimiento académico alto, medio y bajo en un grupo de 650 estudiantes universitarios de las carreras de la

facultad de ciencias y la escuela de artes plásticas de la UNAM. Se ha investigado la discriminación de variables de personalidad o académicas, utilizando el MMPI, para predecir el desempeño escolar en grupos de estudiantes. Sin embargo, no existen en México estudios con el MMPI-2 versión en español que relacionen las variables de personalidad con el rendimiento académico de los estudiantes. En los resultados las correlaciones obtenidas indican que no existen relaciones significativas entre las escalas suplementarias, clínicas, básicas y de validez, y el rendimiento académico de los estudiantes excepto en la escala de dominancia. Cuando se utiliza el análisis de varianza, se encuentra que en las escalas suplementarias hay diferencias significativas, solo en las escalas de dominancia y desajuste escolar, así como escalas clínicas de depresión, masculino-femenino y escalas de ansiedad, en relación a los diferentes promedios de calificación: alto medio y bajo. En un segundo análisis se observaron diferencias significativas por género en algunas de las escalas suplementarias en relación al rendimiento académico; escala de ansiedad, fuerza del yo, alcoholismo de Mac Andrew, dominancia, responsabilidad social, desajuste escolar, género masculino, género femenino, y la escala desorden de estrés postraumático PK. Para las escalas clínicas y de validez por género se encontró que existen diferencias significativas en las escalas L de mentiras, K de corrección, hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, masculino-femenino, extroversión. Se puede concluir que existen algunas relaciones entre el perfil de personalidad del MMPI-2 y el rendimiento académico de los estudiantes. Así mismo al revisar los diferentes perfiles del instrumento permite hacer un análisis mas fino de la personalidad del grupo estudiado.

Taboada (1993) efectuó la primera investigación en población nicaragüense, obteniendo las normas del MMPI-2 en estudiantes universitarios.

Lucio y Palacios (1994) realizaron la primera investigación clínica con el MMPI-2, en México, hizo un análisis de capacidad discriminativa del MMPI-2 comparando los perfiles de 200 pacientes psiquiátricos con los de 1, 920 estudiantes universitarios. Encontrando diferencias en las escalas de la triada psicótica (paranoia, psicastenia e hipomania), concluyendo que la prueba discriminó la sintomatología psicótica.

De la Torre (1994) aplicó el MMPI-2 y una entrevista clínica, por primera vez en México, a pacientes psiquiátricos. Se encontró relación en la mayoría de las categorías de la entrevista y las escalas de contenido del MMPI-2, principalmente en las escalas de ansiedad con la categoría de descripción de sí mismo y con la relación con la gente. Otra asociación más es entre la escala de obsesividad con cuatro categorías: descripción de sí mismo; ocupación del padre; efecto de la muerte de la madre e internamiento. La información que se obtuvo de ambos instrumentos se asocian significativamente, de lo cual, se concluye que la entrevista clínica proporciona datos válidos respecto a lo que mide una prueba, en este caso el MMPI-2.

Duran (1995) trabajó con las escalas clínicas del MMPI-2, su objetivo fue revisar la estructura factorial del MMPI-2 para la población mexicana y lo encontrado en los estudiantes norteamericanos. La versión traducida y adaptada en México (Lucio y Reyes-Lagunes 1992) fue aplicada a una muestra representativa de estudiantes universitarios (N=1920), cuyos datos fueron sometidos a análisis factorial. Los resultados muestran que la estructura factorial del MMPI-2 en los estudiantes mexicanos a pesar de ser diferente a la encontrada en los estudiantes norteamericanos, no es significativa, dichas diferencias están dadas en función de la cultura y no de aspectos de personalidad. En el caso de los hombres los factores que se identificaron fueron: Ideación Psicótica, Preocupaciones neuróticas, Identificación del Rol de género y Desórdenes de personalidad, para ambas muestras. Para las mujeres se mantuvieron los cuatro factores, en forma similar a la configuración encontrada en las mujeres norteamericanas. La diferencia en ambos grupos estuvo dada en como se agruparon las escalas dentro de los factores.

Lucio, Pérez y Farias, y Ampudia (1996) realizó un estudio sobre confiabilidad para ver como se comportaban las escalas del MMPI-2 versión en español (Lucio y Reyes-Lagunes 1992), en una muestra de 252 sujetos; 106 mujeres y 146 hombres, estudiantes universitarios observó, mediante un diseño de test-retest, si existían diferencias estadísticamente significativas. El análisis de los datos se llevo a cabo a través de medidas de tendencia central, correlación producto momento de Pearson (r), la prueba t de Student y el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna del instrumento. En sus

resultados encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el MMPI-2 en una muestra de estudiantes universitarios de la Cd. de México en los grupos de las escalas clínicas, de validez, de contenido y suplementarias. Comparado con el estudio de test-retest realizado por Butcher (1989) con una muestra de sujetos extraídos de una comunidad adulta norteamericana de 193 sujetos; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Lo cual permite inferir que el MMPI-2, en su versión en español traducida y adaptada por Lucio y Reyes-Lagunes, (1992), es estable no solo para la muestra objeto de este estudio, sino también al comparar los resultados de éste con otros estudios similares, se obtuvieron consistencias que permiten hacer inferencias sobre la estabilidad y confiabilidad de este instrumento.

Paèz (1995) realizó una investigación para normalizar las escalas de contenido del MMPI-2, por ser escalas novedosas que permiten complementar el diagnóstico clínico a partir de las respuestas del paciente a un grupo de reactivos homogéneos; y de esta manera contar con normas propias para la población mexicana. En su trabajo verificó la consistencia interna de cada una de las escalas, encontrando diferencias para los hombres en las escalas MIE, DEL; ENJ e ISO y para las Mujeres en OBS, DEL, ENJ. Las diferencias encontradas las atribuyó a factores culturales.

Gallegos (1996) trabajó, en un estudio preliminar con un grupo de 44 pacientes con dermatitis atópica para obtener las características de personalidad de estos pacientes.

Les aplicó el MMPI-2. De acuerdo al objetivo de la investigación observó que los pacientes con dermatitis atópica comparten entre sí ciertas características de personalidad. En sus resultados encontró características de personalidad hipocondríaca, depresiva con un autoconcepto devaluado y una fuerza del yo muy baja, son personas muy desconfiadas e introvertidas que se apartan de la gente, también son obsesivos y experimentan una fuerte ansiedad y enojo que reprimen. Tienen sentimientos de desadaptación profesional e incomformidad con su rol, son personas que probablemente no busquen ayuda psicológica, aún reconociendo que tienen problemas pero que quizá atribuyen la causa al exterior o sienten que su padecimiento es orgánico.

Lucio, Monzón, Oyervides y Larragivel (1996) trabajaron en el desarrollo de la escala de Infrecuencia (F psi-mex), para el MMPI-2, esta escala permite interpretar las elevaciones significativas en las escalas F y Fp, en términos de discriminar la exageración o fingimiento de la presencia de severa patología y desajuste general.

Lucio y Valencia (1997) el estudio, fue realizado con el objetivo de detectar a aquellos estudiantes que fingían estar muy bien adaptados y/o aquellos estudiantes que fingían padecer esquizofrenia paranoide, con el objetivo de detectar los alcances y limitaciones de las escalas de validez del MMPI-2, versión en español, en población mexicana, para detectar a los sujetos simuladores.

Los estudios realizados tanto en México como en E. U. con el MMPI-2 muestran, la validez y confiabilidad de los resultados que se obtienen al aplicar el inventario a cualquier tipo de población con la cual se pretenda trabajar, así mismo se puede observar que tanto en México como en E. U. Casi no hay trabajos clínicos de ahí la relevancia de la presente investigación, la cual parte de los antecedentes encontrados con el MMPI-2 y continua el trabajo en este tipo de población clínica.

2.3.1 ANTECEDENTES AL DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN BIOGRAFICA Y SUCESOS DE VIDA

Actualmente resulta importante retomar, en el área de la psicología clínica, el término de estrés, pues cada vez es mas la demanda de los pacientes que reportan padecer "de los nervios, tensión o ansiedad", y que es consecuencia de la situación externa actual que vivimos. Sabemos que la vida de cada sujeto está llena de un sin número de situaciones a las que se debe dar respuesta y que dependiendo de la intensidad, duración, secuencia e importancia que tenga el acontecimiento, en la vida del sujeto (por las repercusiones emocionales que tenga en él) lo va afectar de diferente manera, al originar que el organismo responda con distintos estados de ánimo: tristeza, enojo, sorpresa, ansiedad, angustia, tensión cotidiana e incluso con síntomas físicos específicos o inespecíficos (dolor de cabeza, malestar estomacal, vómito) que en ocasiones indica uno o varios trastornos psicofisiológicos.

Las repercusiones originadas por los "sucesos estresantes", para cada individuo va a ser diferente, dependiendo del momento específico en que le sucede al sujeto y de sus vulnerabilidades o de los factores que forman las diferencias individuales y que a continuación se presentan:

- Recursos sociales (apoyo con el que cuenta el sujeto)
- Recursos personales (personalidad, factores Psicológicos)
- Sexo del individuo y etapa de la vida en que le está sucediendo. (Brim y Ryff, 1980, en González y Medina, 1997).
- Evaluación cognoscitiva del sucesos. (Lazarus y Folkman, 1984).

El término estrés ha sido cada vez más empleado en diferentes disciplinas e incluso se ha convertido en un término ampliamente usado en los grupos de diferente estatus social, originando que a cualquier situación se le asignara y esto a su vez creo confusión respecto al significado del término. Frecuentemente el término "estrés" ha sido relacionado con los términos: ansiedad y frustración; sobre todo ha sido estudiado por la medicina, siendo tomado como un importante agente en la producción de síntomas. Es la medicina psicosomática se retoma el término, a través de sus principales representantes: Cannon, (1950); Selye, (1936); Dunbar, (1942-46); Alexander, (1950); Mirsky, (1958); y Wolf, (1950) (en Stoudemire, 1991).

Selye (1936) considera al estrés como una respuesta, al conceptualizarlo como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo; mientras que en posturas más recientes como la de Lazarus (1966) se propone *"que el estrés se considerara como un concepto organizador para entender un amplio grupo de fenómenos importantes para la adaptación humana; señalando que en el proceso de adaptación la persona puede pasar por procesos cognoscitivos, acciones específicas y estilos de vida de forma rutinaria y automática, que no necesariamente significan estrés"*. Lazarus considero al mismo como un estímulo, en esta postura se focaliza la atención sobre los estresores (estímulos generadores de estrés son aquellos acontecimientos con los que tropieza el sujeto. El estrés causado que no necesariamente tiene que ser negativo, sino que puede ser una situación organizadora para entender como es que se adapta el individuo ante tales hechos. Refuerza el concepto de proceso individual a nivel cognoscitivo, acciones específicas y estilos de vida que forman parte de la rutina diaria y que no tienen que significar estrés (negativo), (en Lazarus y Folkman, 1984).

Lazarus y Cohen (1977) distinguieron tres tipos de acontecimientos inductores de estrés en la siguiente clasificación:

- Cambios mayores que afectan a un gran número de personas
- Cambios mayores que afectan a pocas o a una sola persona
- y los ajetreos diarios que son experiencias estresantes que surgen como consecuencia de los respectivos lugares que ocupamos en la vida y que pueden ocasionar emociones positivas o negativas (Lazarus, 1966).

Las respuestas ante una situación de estrés pueden ser muy variables, dependiendo de la persona, ya que lo que para un individuo es una situación muy estresante, para otra (la misma situación) no lo es, o no lo es tanto. Es decir, que con independencia de la circunstancia que se vivan, existen características individuales que hacen que se responda de determinada manera.

Estas últimas definiciones toman a estos acontecimientos como estresores universales, pues no toman en cuenta las diferencias individuales en la evaluación cognoscitiva de las situaciones.

Ante dichos estresores es necesario dar una respuesta y de las diferentes formas de respuesta más tarde nos habla Lazarus (1974)

En 1988 Gruen, Folkman y Lazarus introducen el concepto de centralidad de los estresores cotidianos, en un intento para evaluar el significado diferencial de los estresores cotidianos, en donde un estresor cotidiano central es definido como aquél que refleja mayor trascendencia en la vida del individuo. Encontraron que la dimensión de centralidad desempeña un papel significativo en la predicción de los síntomas psicológicos, (en Lazarus, 1990).

De acuerdo a Lazarus, Averil y Opton (1974), enfrentamiento puede ser definido como *“esfuerzos de resolución de problemas, realizado por un individuo cuando las demandas que el o ella experimenta son altamente relevantes para su bienestar... y cuando estas demandas ponen a prueba sus recursos adaptativos”*. En el orden para clasificar los procesos de enfrentamiento, Lazarus originalmente distinguió entre dos modos de enfrentamiento, llamados “acción directa” y “enfrentamiento intrapsíquico”. Más específicamente, los esfuerzos de resolución de problemas mencionados en la definición incluyen ambas actividades conductual y cognitiva.

Lazarus y Launier (1978) clasificaron los procesos de enfrentamiento de acuerdo a sus funciones básicas. 1"enfoque del problema", formas de enfrentamiento que implica resolver o alterar la situación del problema. 2"enfoque de la emoción", los procesos de enfrentamiento se dirigen a manejar el desorden emocional. En suma, al enfrentamiento del "enfoque del problema" y al de "enfoque de la emoción" Lazarus y Launier (1978) introducen tres funciones más de enfrentamiento. "Mantener sus opciones", incluye retirarse de, o tolerar una situación de malestar. Esto puede ser apropiado si una situación no puede ser cambiada, o si el cambio tiene consecuencias negativas; "formas de tolerancia o alivio del afecto de malestar", como la depresión y la ansiedad que pueden ser adecuadas en situaciones que no son influenciadas porque están entre el radio de acción del individuo. La última función de enfrentamiento es "mantener una moral positiva" a pesar de una pérdida o una amenaza.

Esta función apoya la protección de la propia autoestima. Además del enfrentamiento del enfoque del problema y del enfoque de la emoción, Pearling y Schooler (1978) han descrito reacciones de enfrentamiento que controlan el significado de una situación estresante. Tales respuestas ayudan a reducir el estrés por la redefinición de demandas cognitivas. Este esfuerzo de enfrentamiento se llamó "enfoque de evaluación"; de acuerdo a Moos y Billings (1982).

Ambas funciones pueden ser realizadas por diferentes modos de enfrentamiento, los modos de enfrentamiento incluyen estrategias de enfrentamiento aplicadas para una situación estresante individual. Lazarus y Launier (1978) especificaron cuatro modos de enfrentamiento llamados “búsqueda de información”, “acción directa”, “inhibición de la acción” y “procesos intrapsíquicos”. La función de la búsqueda de información es obtener conocimiento acerca de la situación dañina. La información que las personas adquieren puede ser también fuente de alivio.

La contraparte de esas actividades es reflejada en el modo de enfrentamiento “intrapésquico”. Si es previsible que una reacción fuera más dañina que ventajosa, puede ser más conveniente aplicar el modo de “inhibición de la acción”. Cohen y Lazarus (1979; Cohen, 1987) ampliaron esta lista de modos de enfrentamiento para incluir el modo de “buscar el apoyo de otro”, el cual se refiere a todas las actividades de buscar y requerir ayuda desde los otros (Lazarus y Folkman, 1984). En esta aproximación, la conducta de enfrentamiento es considerada como altamente relacionada al contexto específico. Las estrategias de enfrentamiento de un individuo varían a lo largo de los encuentros estresantes y sobre el tiempo, son también adaptadas para el desarrollo de una particular situación problemática. La contraparte de la formulación -orientada al proceso- es la conceptualización del enfrentamiento -rasgo orientado-. De acuerdo a esta revisión, una estrategia de enfrentamiento observada, es un indicador de una dimensión de la personalidad latente o de un “rasgo”.

En modelos clásicos, los rasgos y las conductas de enfrentamiento que pertenecen a ellos, son estables a lo largo de las situaciones y a lo largo del tiempo. El método usualmente aplicado para determinar los rasgos es el análisis factorial. El concepto de rasgo de enfrentamiento es relacionado con el concepto de estilo de enfrentamiento. Como un rasgo de enfrentamiento, un estilo de enfrentamiento es una dimensión latente con las propiedades de temporalidad y estabilidad, transituacional. Un estilo de enfrentamiento, se refiere a la tendencia general de un individuo a preferir una clase particular de reacciones de enfrentamiento a pesar del problema específico. Por esto el estilo de enfrentamiento se puede caracterizar como un rasgo dominante de enfrentamiento. Similarmente de acuerdo a Folkman y Lazarus (1980, Lazarus y Folkman 1984) el estilo de enfrentamiento difiere del

rasgo principalmente en el grado. Un estilo de enfrentamiento refiere diversas características para manejar las situaciones estresantes, donde un rasgo de enfrentamiento normalmente tiene un alcance menor.

Ya desde la década de los 60's Menninger (1963,1977), Haan (1969,1977) y Vaillant (1977) definieron el enfrentamiento como un proceso maduro y organizado del yo, en primera instancia. Sin embargo, si esto no se da, la adaptación tendría que darse en forma de defensas neuróticas. Finalmente, de no ser posible tampoco esto, aparecería la fragmentación, o los niveles regresivos o psicóticos de conducta, (en Lazarus y Folkman, 1984).

Murphy (1962) define el enfrentamiento como cualquier intento para dominar una situación nueva que puede ser potencialmente amenazante, frustrante, cambiante o gratificante. En esta definición, se le da gran importancia a la cognición, (en Lazarus, 1966).

Se han planteado diversos modelos teóricos de evaluación y sus consecuencias ante los diferentes tipos de enfrentamiento. Se dice que la relación entre estrés y enfrentamiento; es entendida como un proceso y propone como consecuencia la alteración en el estado emocional del individuo.

El modelo propuesto por Pearlin y Schooler (1978) establecen que entre un evento disruptivo y los cambios en el estado anímico, hay variables mediadoras que influyen en el impacto de la relación estrés-estado emocional. En cuanto a las respuestas de enfrentamiento, las consideraron como conductas protectoras de daño psicológico hacia el individuo. La función protectora de la conducta de enfrentamiento se puede expresar en tres formas:

- a) Haciendo una eliminación o modificación de las condiciones dadas por el problema: serían respuestas directas activas dirigidas a cambiar la fuente del estrés.
- b) Teniendo una percepción diferente del significado de la experiencia, para neutralizar su carácter de problemático, se cambia el significado psicológico o el impacto del estrés experimentado.
- c) Intentando mantener dentro de los límites de la tolerancia las consecuencias emocionales que se derivan de la situación estresante; resignación o aceptación del evento que causa estrés.

Los autores proponen llevar a cabo una distinción entre recursos sociales, recursos psicológicos y respuestas de enfrentamiento. Los primeros son los apoyos de su medio ambiente; los segundos, las características personales del individuo para asumir la amenaza de los eventos disruptivos que se presentan en su vida. Estos dos recursos están involucrados en las respuestas de enfrentamiento.

2.3.2 DEFINICIÓN DE ESTRÉS

Por lo anterior, resulta importante encontrar una definición adecuada del término "estrés", la definición de estrés como estímulo, focaliza la atención sobre los estresores que pueden ser cualquier evento que requiere de algún tipo de respuesta de adaptación, en palabras de Valdés (1990) el estrés es una "*reacción de alarma*". En donde, es necesario destacar que el nivel de estrés causado por una situación específica es asignado por cada individuo, es decir, el mismo suceso no provocará igual reacción en todos los sujetos; además cada individuo tendrá sus estrategias de enfrentamiento, que a su vez serán determinadas por la idiosincrasia, la historia, el aprendizaje y la personalidad de cada uno.

En la definición de Lazarus y Folkman (1984) el "estrés psicosocial es: una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado por éste como amenazante o que rebasa sus recursos y pone en peligro su bienestar".

En este proceso es muy importante la evaluación cognoscitiva, ya que determina por qué y hasta que punto una relación, o una serie de estas, resulta o no estresante para cada persona y su entorno.

Más recientemente Lazarus (1990) plantea que:

A- El estrés es un fenómeno principalmente subjetivo.

B- Es mejor evaluarlo en circunstancias cotidianas.

C- Las mediciones de estrés deberían evaluar el contenido y las fuentes generadoras de estrés además del grado. Así mismo propone el análisis de los sistemas en los que intervienen una gran variedad de variables que se influyen entre sí en el transcurso del tiempo y atraviesan por contextos cambiantes de adaptación.

De lo anterior ha surgido el interés, durante muchas décadas de investigar la etiología de las diferentes patologías, en relación con los estresores, es decir con sucesos estresantes.

2.3.3 DESARROLLO HISTÓRICO DE DIFERENTES INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE SUCESOS DE VIDA COMO ELEMENTOS ESTRESANTES.

Entre los primeros trabajos destaca, el realizado por Holmes y Rahe (1967) quienes hicieron la primera evaluación de este género para adultos, fue la Escala de Ajuste social (SRRS) que consistió en pedirle a un amplio número de sujetos que asignaran un valor estresante a una serie de acontecimientos. Se le pidió a los sujetos que puntuarían los acontecimientos ocurridos en el último año, de acuerdo al impacto y a la readaptación que éste había requerido. A partir de esto se realizó la Escala de Acontecimientos Vitales o Schedule of Recient Experiences (SER).

Por su parte Rahe (1976) propone un modelo en el cual el impacto de los acontecimientos se basan en las experiencias pasadas, las defensas psicosociales, las repercusiones fisiológicas, las estrategias de enfrentamiento y las conductas.

Pearlin y Schooler (1978), abordaron la problemática de los estresores a partir de distintas áreas de la vida, en adultos entre 18 y 65 años de edad. Las áreas a estudiar fueron: conyugal, familiar, económica y ocupacional. Incorporaron características de personalidad tales como autoestima y el medio ambiente como fuente de apoyo social, pues deseaban conocer las consecuencias en la sintomatología depresiva. Encontraron que la disminución de la autoestima fue un factor importante en la vulnerabilidad para experimentar estrés, y en consecuencia en la depresión.

Sorason (1978) también construye una escala de valoración para adultos, con una puntuación correctora, y a la que llamó *Life Experiences Survey (LES)*, con 47 reactivos y la cual incluye espacios en blanco para que el sujeto pueda designar acontecimientos que no se encuentren incluidos. Otros cuestionarios son el de *PUP* de Paykel (1971) y el *ROLE* (Revisión de Acontecimientos Vitales) de Hurt, Jenkins y Rose (1978). En donde se incluye la cualificación de

deseable/indeseable y se pide que se de un signo positivo o negativo según sea el caso, (en Valdés y Flores, 1990).

Kanner, Coyne, Schaeffer y Lazarus (1981) hicieron un estudio con adultos entre 45 y 64 años de edad, para evaluar sucesos de vida, los estresores cotidianos (trabajo, salud, familia, amigos y ambiente), a los satisfactores cotidianos (en las mismas áreas), y su impacto sobre la sintomatología psicológica, emociones positivas y emociones negativas. Encontraron que la escala de estresores cotidianos fue el mejor predictor de ocurrencia y persistencia de los síntomas psicológicos.

Sánchez-Sosa y Hernández (1994) trabajaron con el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC), es un cuestionario que evalúa básicamente datos biográficos y es uno de los instrumentos encontrado en México, además del Cuestionario de información Biográfica y sucesos de vida, (Lucio et. al.,1996).

En la revisión acerca del desarrollo de cuestionarios que evaluaran sucesos estresantes se nota que los procedimientos para determinar la idiosincrasia de las categorías varió de un estudio a otro. Por ejemplo las categorías de los reactivos se revisaron de acuerdo a 5 puntos de la escala de likert, (Johnson y McCutcheon, 1980; Newcomb, 1981) evaluando las categorías de múltiples opciones "no todo esta mal" o "extremadamente mal", (Yeaworth, 1980). Los reactivos se asignaron según la importancia del suceso de vida, utilizando categorías de acuerdo al efecto que tenía para cada persona en su vida, (Johnson y McCutcheon, 1980), si el suceso le había ocurrido y se sentía bien, (Newcomb, 1981), y con que frecuencia le había ocurrido el suceso en un período determinado, Gad y Johnson, 1980). El valor idiosincrásico se usó en combinación con el peso normativo para obtener la ventaja de los dos métodos y hacer una comparación objetiva entre los dos, (en Cohen y Lazarus, 1979).

Se han utilizado consistentemente dos métodos para determinar el valor de un suceso. El primero se aproxima al valor subjetivo que cada sujeto hace de los sucesos de vida, (Johnson y McCutcheon, 1980; Kaplan, Robbin y Martín, 1983; Newcomb, 1981; Swearingen y Cohen, 1985). Los sujetos responden en forma

bipolar a cada reactivo, o incluyen un concepto de neutralidad en un continuo de la escala, (en Váldez, 1990).

El segundo método utilizado es asignar una categoría propuesta por el investigador, Coddington, (1979). Generalmente el valor de las categorías son puntajes separados en términos de un cambio negativo de vida o de un cambio positivo de vida. Estudios empíricos con valor de las categorías sobre sucesos desagradables de vida han encontrado que estas son una medida del estrés experimentado por el adolescente, (en Compás, 1987).

Coddington (1972), fue uno de los pioneros en la investigación sobre el tema, investigo el significado de los sucesos de vida como factores etiológicos de la enfermedad en niños y en adolescentes. Coddington prosiguió la metodología de Holmes y Rahe (1967). Se basaron en los supuestos teóricos de que ciertos sucesos eran más impactantes que otros, ya que consideraba que existían situaciones traumáticas a las que en el momento en que sucedían no se les daba la importancia que merecían y por ello no se conocían los efectos que podían tener estos sucesos en los individuos.

Su investigación se inició seleccionando un grupo de 243 profesionistas que estaban en constante relación con los niños y adolescentes. Se les presentaron sucesos estresantes, obtenidos por medio de la literatura y de experiencias con niños tanto normales como anormales, se dividieron en cuatro grupos de acuerdo al grado escolar (preescolar, primaria, secundaria y preparatoria), y posteriormente se les requirió que evaluaran la influencia de dichos sucesos en la adaptación social de los niños pertenecientes a los grupos; encontrando distintos sucesos como más estresantes en los 4 grupos Coddington, (1972-I).

Más tarde, Coddington decidió agrupar los sucesos en categorías por su contenido y evaluar el significado de los sucesos de vida en los adolescentes y niños; su muestra final fue de 3526 niños a quienes dividió en 4 grupos de rango escolar (preescolar, primaria, secundaria y preparatoria) y por edad. Encontrando en sus resultados que ocurren menos sucesos estresantes en los niños pequeños, en comparación con los adolescentes, quienes reportan más experiencias; por lo que se concluye que con el paso de los años los individuos se encuentran más expuestos a circunstancias estresantes (Coddington 1972-II). Y por lo tanto sus categorías no pueden generalizarse de una población a otra.

2.3.4 DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN BIOGRAFICA Y SUCEOS DE VIDA PARA POBLACIÓN ESTADOUNIDENSE

Butcher y Williams (1992), durante la selección de la muestra normativa para la reestandarización del MMPI en 1980 aplicaron a 2,900 sujetos, una forma revisada de información Biográfica y una de eventos de vida basada en los supuestos teóricos de Coddington. La forma de Datos Biográficos fue desarrollada para obtener información demográfica y datos como la ocupación del sujeto, lugar de residencia, e historia familiar. La forma Sucesos de Vida fue desarrollada para evaluar los sucesos estresantes ocurridos seis meses antes de la situación de prueba. Fue adaptada a partir de una escala previamente desarrollada por Coddington (1972) aumentando algunos reactivos y cambiando las instrucciones para determinar el grado en que el evento fue percibido como positivo, negativo o neutral.

2.3.5 DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN BIOGRAFICA Y SUCEOS DE VIDA PARA POBLACIÓN MEXICANA

De acuerdo a las investigaciones antes presentadas, se nota como en los últimos años se ha dado gran importancia a la investigación del estrés, lo cual ha promovido el desarrollo de diversos cuestionarios para identificar sucesos de vida estresantes, puesto que se ha comprobado que el estrés causa alteraciones importantes. Debido a esto surge la necesidad de elaborar un instrumento que ayude a detectar algunas de las situaciones estresantes que ha vivido una persona, con la finalidad de obtener más indicadores acerca de la etiología del padecimiento y así prevenir posibles desajustes en la personalidad del sujeto e incluso posibles patologías, o bien para conformar un método de intervención más adecuado.

Por lo anterior, la Dra. Lucio y Colaboradores como profesionistas de la salud, se interesaron en crear un cuestionario que identificara los sucesos de vida estresantes en poblaciones de adolescentes y adultos mexicanos, basándose en los supuestos de Coddington y con el objetivo de detectar aquellos factores que influyen en el desarrollo emocional del sujeto e indicadores que explicaran de manera más profunda la etiología de algunas patologías en adolescentes y adultos, ya que la ocurrencia de ciertos sucesos pueden funcionar como detonador de síntomas específicos o bien de padecimientos específicos como lo son las

enfermedades psicofisiológicas, en los casos menos graves; además de contar con una herramienta que apoyará y complementará la evaluación de la personalidad, tanto de los adolescentes como de los adultos.

Inicialmente se llevó a cabo la traducción de la versión elaborada por Butcher, (1992) forma de Información Biográfica y una de sucesos de vida para adultos posteriormente se eliminaron de ambos cuestionarios, todos aquellos reactivos que no eran adecuados a nuestra población como; raza, origen, grados escolares, situaciones relacionadas con el trabajo. Además se llevó a cabo un análisis de lo que son los datos biográficos.

Se elaboraron diversos reactivos identificando categorías o bloque de familia, bloque de escolaridad, bloque de ocupación, social, religión, pasatiempos, pertenencia a grupos y adicciones. De acuerdo a las investigaciones realizadas por Bronfman, Medina Mora, (1994) y algunos cuestionarios utilizados en diversas instituciones de salud, (en Lucio, et. al., en prensa).

Siguiendo los pasos anteriores se obtuvo el primer cuestionario piloto "Información Biográfica Forma para adultos", que constaba de 72 preguntas; Lucio; Duran, Escalona y De la Torre (1995). Se aplicó a diferentes poblaciones para probar si los reactivos funcionaban. Posteriormente este cuadernillo fue modificado y surgió la primera versión "Información Biográfica y Sucesos de vida. Forma para adultos", con 79 reactivos, Lucio, Ampudia y Duran (1995); hubo nuevas modificaciones en el cuestionario, se agregaron preguntas, dando lugar a la primera revisión del cuestionario "Información Biográfica y Sucesos de vida. Forma para adultos", que consta de 80 reactivos, Lucio, Ampudia y Duran (1996).

Para esta investigación se siguieron los métodos utilizados por (Johnson y McCutcheon, 1980; Kaplan, Robbin y Martín, 1983; Newcomb, 1981; Swearingen y Cohen, 1985) para determinar el valor de un suceso, (en Lucio, et. al., en prensa).

Primero se aproximará el valor subjetivo que cada sujeto hace de los sucesos de vida, ya que los sujetos responden en forma bipolar a cada reactivo, debido a que si alguno de los sucesos le han pasado en los últimos 12 meses, tiene que indicar si dicho suceso :

LE SUCEDIO Y FUE BUENO,
LE SUCEDIO Y FUE MALO,

Posteriormente se incluyó un concepto de neutralidad en el continuo de la escala, en donde el sujeto contesta a una tercera opción, cuando el suceso LE SUCEDIO Y NO TUVO IMPORTANCIA en la vida del sujeto.

Y por último se presenta la opción de NO LE SUCEDIO

El cuestionario de sucesos de vida tanto para adolescentes como para adultos se desarrolló con dos intereses particulares; por un lado el de obtener información sociodemográfica y datos sobre estructura familiar del sujeto. Y por otro conocer los sucesos de vida estresantes que aquejan al individuo, ambas cosas se toman como indicadores o medios para conocer las experiencias que acontecen a los sujetos y la relación de esto con la psicopatología, es decir, el instrumento se considera una herramienta que apoya la evaluación de la personalidad, pues autores como Williams y Uchiyama (1989), sugieren que la interpretación de la personalidad debe ser complementada con información adicional, ya que la personalidad se desarrolla en un contexto que ejerce influencia en la manifestación de esta; por lo tanto es importante conocer el ambiente en donde se desenvuelve el individuo.

Después de realizar distintos piloteos para obtener la versión final del cuestionario, en su forma para adultos, se consideraron aquellos sucesos que en verdad estuvieran afectando al sujeto, es así como se obtuvo la versión final del cuestionario en 1996, que consiste en 44 reactivos del área de sociodemográfica y 36 de sucesos de vida dando un total de 80 reactivos, además otra diferencia con las versiones anteriores fue el cambio de instrucciones, con el objetivo de permitir una comprensión más sencilla y clara para el sujeto, ya que en los piloteos anteriores se observó por medio de las respuestas al cuestionario, que éstas requerían de mayor precisión.

El resultado fue un cuestionario fácil de utilizar que aporta datos importantes tanto en forma individual como grupal, los cuales pueden emplearse en diversas áreas de la psicología; para investigación, en la clínica, selección de personal y en el área educativa entre otras.

El cuestionario quedó con el formato original, realizado desde 1996 pero, finalmente en 1997 la segunda parte del cuestionario, se agrupo por áreas, para ayudar a la comprensión de la interpretación de los mismos, resultando:

ÁREA	REACTIVOS
♦ PAREJA:	45, 46, 47, 51, 53, 70, 80.
♦ FAMILIA:	49, 55, 58, 63, 67, 68, 72.
♦ LOGROS:	69 y 71.
♦ SALUD:	50, 76, 77, 79.
♦ LABORAL:	52, 54, 59, 62, 66, 73, 75.
♦ SEXUAL:	56 y 57.
♦ ECONÓMICA:	59, 60, 64, 65, 72, 74, 80.
♦ SOCIAL:	61, 48, 78.

Debido a que la Dra. Lucio y su equipo de trabajo están interesados en aportar un instrumento eficaz al campo de la psicología, y así promover la salud mental en muestras específicas de la población, se continua trabajando para precisar el cuestionario, ya que la realización de un instrumento requiere de múltiples detalles para que resulte una herramienta confiable y el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida está en el proceso para lograrlo.

CAPÍTULO III

ESTUDIOS REALIZADOS CON PADECIMIENTOS PSICOFISIOLÓGICOS

I) INVESTIGACIONES REALIZADAS CON DERMATITIS ATÓPICA

Maclaughlin, Shoemaker y Guy (1953), caracterizaron a los pacientes atópicos con ansiedad, dependencia de las figuras paternas, destructividad, agresividad, superioridad y hostilidad, no definen claramente el perfil de personalidad de los pacientes, (en Santamaria, 1978).

Santamaria (1978) realizó un estudio para sacar el perfil de personalidad de pacientes con dermatitis atópica. Encontró en estos pacientes facilidad para el llanto, fobias, enuresis, agresividad manifiesta, separación temporal o divorcio de los padres y violencia materna. El perfil psicológico de los pacientes fue de neurosis depresiva ansiosa, inmadurez, inseguridad, evasión de las relaciones sociales, pensamiento fantasioso y problemas con la imagen corporal.

Tapia y Dorado (1984) en su trabajo consideraron a la piel como un órgano de respuesta emocional, en donde esta es la causa de la psoriasis el objetivo principal de esta investigación fue determinar las características de personalidad de 30 pacientes con Dx de psoriasis, comparándolo con 30 pacientes con dermatitis por contacto. En los puntajes obtenidos en la prueba de Apercepción temática de Murray, el Rorschach y una entrevista semiestructurada. Encontraron en los pacientes con psoriasis características de personalidad que incluyen elementos depresivos, frustración y dificultad para establecer relaciones interpersonales. Como limitación del estudio y sugerencia para posteriores trabajos mencionan el realizar un estudio comparativo con un grupo control sin padecimientos de la piel y considerar otras variables como el nivel socioeconómico y sexo.

Schech, Florin, Rudolph y Wilhell (1993) trabajaron con 61 mujeres con dermatitis atópica, sin ninguna otra enfermedad atópica. Evaluaron la personalidad de estas pacientes mediante el Inventario de Personalidad Freiburg, la escala de Formas de enfrentamiento para el estrés para pacientes psicósomáticos y una escala de paranoia/depresión. Describen a estos pacientes como diferentes de otros en que estos son: irritables, tienen menores estrategias de enfrentamiento ante el estrés, son suspicaces y estas características se relacionan con altos niveles de IGE.

Gupta y Gupta (1994) en su trabajo destacan la importancia que tienen los factores psicológicos para propiciar el prurito (o picazón) en diferentes padecimientos dermatológicos: Psoriasis (n=77), dermatitis atópica (n=143) y urticaria (n=32). El rango de edad de los pacientes era de 19 - 89 años con una media de edad de 49 años, estos autovaloraban la gravedad de su prurito en una escala de 10 puntos y llenaban una batería de valores psicológicos (incluyendo la escala de valores Carrol para la depresión), en donde observaron que el grado de psicopatología depresiva se correlacionaba directamente con la gravedad del prurito para Psoriasis ($r=.34$, $P=.004$), dermatitis atópica ($r=.21$, $P=.013$), y urticaria ($r=.34$, $P=.06$), concluyendo que la depresión reducía el umbral del prurito, o lo que es igual aumentaba la percepción de la picazón.

Ehlers, Gieler y Stangier (1995) En su trabajo compararon la efectividad de cuatro grupos de tratamiento para la dermatitis atópica. Que consistían en: Un programa de orientación dermatológica (DE) que consistía en, Terapia de relajación (AT), Tratamiento conductual cognoscitivo (BT) y combinación del DE y BT (DEBT), los datos obtenidos al año de seguimiento mostraron que los Tx psicológicos AT, BT y DEBT dan lugar a una mejor mejoría de la piel a diferencia del DE o de la atención médica estándar, por tanto las intervenciones psicoterapéuticas adjuntas al Tx dermatológico ayudan a que el paciente rompa el círculo vicioso de picazón -rascado. Por ello al considerar a los factores psicológicos como determinantes del padecimiento, se ha puesto atención en la efectividad del Tx, esto porque hay acuerdo entre los autores de que el padecimiento se relaciona con estresores.

II) ESTUDIOS REALIZADOS CON EL MMPI Y PADECIMIENTOS PSICOFISIOLÓGICOS

Osorio y Ríos (1986) trabajaron con pacientes con hipertensión arterial, compararon los perfiles de estos pacientes con personas normo-tensas. Los hipertensos mostraron elevaciones en la F, 1, 2 y 7 y puntajes bajos en K.

Birnet Hovey (1970) (en Ampudia, 1994) comparó los perfiles del MMPI obtenidos de tres grupos de pacientes:

- los que somatizan
- con reacciones de conversión
- con reacciones de ansiedad.

Su estudio comprendió a 446 pacientes, de los cuales quedaron 199, el resto se eliminaron. A los sujetos se les aplicó el Rorschach, Weschler, MMPI, y un Inventario autodescriptivo. Con diagnóstico de reacción somática quedaron 105, 34 con reacciones de conversión y 60 con reacciones de ansiedad. Estos últimos mostraron una puntuación más alta en el perfil, en puntuaciones, los estudios clínicos muestran que estos pacientes padecen de angustia subjetiva y se quejan de nerviosismo, sensación de presión en la cabeza, palpitaciones, sudor excesivo, sentimientos de desesperanza, etc.

Los casos de somatización tuvieron un lugar intermedio, sus quejas frecuentes eran de nerviosismo y problemas emocionales además de sus características somáticas que no interferían en su vida diaria; mientras que el grupo con reacciones de conversión fueron los más bajos, parece ser que estos pacientes no expresaban incomformidad emocional. Lo cual, indica que el grupo de reacciones de ansiedad se caracteriza por mayores disturbios emocionales, en el grupo de reacciones de conversión los perfiles fueron casi normales, exceptuando las escalas de hipocondría e histeria.

Mendizábal (1976) trabajó con personas asmáticas adultas. Les aplicó el MMPI y el Test proyectivo de Machover. El perfil resultante del MMPI fue el siguiente: 8 2 1 34 7 6 0 (5); L F K . Lo cual indica una personalidad pasivo-agresiva, que utiliza mecanismos de defensa como: la represión y somatización. Son personas inmaduras, dependientes, rígidos, con pensamiento ingenuo y egocentrista; inseguros, la frustración les provoca ansiedad y depresión. Son personas inhibidas e hipersensibles.

Rainer (1986) aplicó el MMPI a 45 pacientes adultos que padecían de migraña (enfermedad psicofisiológica), a un grupo control de 33 sujetos; en el primer grupo hubo características de ansiedad y angustia, así como tendencia a la agresividad.

Vanna, Vidoni y Tabogi (1989) Realizaron un estudio con pacientes dermatológicos (72 hombres y 72 mujeres italianas), y con otro grupo de pacientes no dermatológicos, a través de una entrevista tomaron datos como: tipo de trabajo

desempeñado e historia familiar. A ambos grupos se les aplicó la escala de Alexithimia del MMPI y la escala de Personalidad de Sifneos; encontrando en ambos casos diferencias significativas entre ambos grupos de sujetos. Sólo se reporta la incidencia de niveles de alexithimia en los pacientes dermatológicos, (en Stoudemire, 1991).

III) ESTUDIOS REALIZADOS CON EL MMPI-2 Y DERMATITIS ATÓPICA

Gallegos (1996) trabajó, en un estudio preliminar con un grupo de 44 pacientes con dermatitis atópica para obtener las características de personalidad de estos pacientes. Les aplicó el MMPI-2. De acuerdo al objetivo de la investigación observó que los pacientes con dermatitis atópica comparten entre sí ciertas características de personalidad, y que las diferentes elevaciones en las escalas *Mf*, *GM* y *GF* entre ambos sexos se deben a la manera en que cada sexo percibe el rol social que esta asumiendo, para el resto de las escalas no observó elevaciones diferentes al nivel de puntajes *T* uniformes, por lo cual reportó que las características encontradas, en el grupo de pacientes, son específicas del padecimiento y son válidas para hombres y para mujeres, no obstante, el tamaño de la muestra, lo cual indica que el MMPI-2 discrimina perfectamente entre un grupo de pacientes que manifiesta ciertos síntomas, por pequeño que éste sea, y otro grupo de personas normales.

Pues, al comparar un grupo de pacientes con dermatitis atópica con una muestra normal, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas al nivel de .01 en las escalas Básicas: *F*, *K*, *Hs*, *D*, *Dp*, *Pa*, *Pt*, *Es*, *Is*; en las escalas de Contenido: *ANS*, *OBS*, *SAL*, *DEL*, *ENJ*, *BAE*, *DTR*, *RTR*; y en las escalas Suplementarias: *A*, *Fyo*, *A-Mac*, *Dpr*, *EPK* y *EPS*; en donde, se encontraron más acentuadas las características de personalidad que miden las escalas antes mencionadas, en los pacientes.

Los resultados hablan de una personalidad hipocondríaca, depresiva con un autoconcepto devaluado y una fuerza del yo muy baja, son personas muy desconfiadas e introvertidas que se apartan de la gente, también son obsesivos y experimentan una fuerte ansiedad y enojo que reprimen. Tienen sentimientos de desadaptación profesional e incomformidad con su rol, son personas que probablemente no busquen ayuda psicológica, aún reconociendo que tienen problemas pero que quizá atribuyen la causa al exterior o sienten que su

o recurrentes. Pero no solo aquellas emociones que el sujeto experimenta abiertamente, sino aquellas que reprime, particularmente la hostilidad y la dependencia. Dado que los conflictos mentales se originan en el vivir en relación recíproca con otros individuos que portan metas, ideales, restricciones y prohibiciones dentro de un grupo o una sociedad, es necesario tomar en cuenta las circunstancias, el ambiente y cultura del individuo para entender las causas de la salud o la enfermedad.

Por ello cuando un individuo enferma es por que el padecimiento ocurrió en un momento biológico y psicológico de la existencia del paciente y por que factores físicos, químicos u orgánicos y acontecimientos personales en su relación con otros individuos, han coincidido; la historia personal de cada sujeto determina su vulnerabilidad a los agentes ofensores. Así mismo, la personalidad debe ser comprendida como un proceso en el cual fuerzas biológicas y culturales se integran haciendo posible que el organismo funcione como una totalidad.

Viacava (1987) considera que en los padecimientos como la úlcera, eccema y colitis existe interrelación entre el padecimiento, sucesos externos y las manifestaciones emocionales, (en Lazarus, 1990).

Baldaro (1987) estudió la correlación entre psicopatología, sucesos estresantes y liquen plano. Su trabajo lo realizó con 20 pacientes con liquen plano y con otros 20 pacientes dermatológicos. A ambos grupo se les administró la escala de Parkers de eventos de vida estresantes y se compararon los resultados. Los pacientes con Liquen plano reportaron alta incidencia de eventos estresantes seis meses antes del estudio y registraron altos puntajes de ansiedad, depresión y hostilidad, (en Stoudemire, 1991).

De Longis (1988) encontró una relación significativa entre el estrés cotidiano y la ocurrencia y persistencia de problemas de salud como dolores de cabeza, dolores de espalda, etc. Algo importante en este estudio es que las personas que reportaron no tener apoyo social y una autoestima baja, fueron los que tendieron a experimentar un incremento en sus problemas emocionales y somáticos. Esto sugiere que aquellos que no cuentan con suficientes recursos psicológicos se encuentran más vulnerables ante la enfermedad, así como en su estado anímico la

cual presenta más disturbios si el estrés se incrementa, aún y cuando no sea a un alto nivel.

Así mismo De Longis, encontró una relación significativa entre el estrés cotidiano y la ocurrencia y persistencia de problemas somáticos, en donde quienes reportaron tener mayores problemas fueron personas que no contaban con un apoyo social y una autoestima adecuada, (en Stoudemire, 1991).

Pearlin y Shooler (1978) establecen que un evento es disruptivo y produce cambios en el estado emocional, el cual incluye respuestas somáticas como formas de adaptación, los recursos psicológicos y sociales con los que cuente el paciente van a depender de la historia personal de este.

Ramsay (1988) estudio la dermatitis atópica, considera que los factores relacionados con el padecimiento son: características de personalidad, imitación de estilos, reacciones de estrés, inadecuado ajuste interpersonal y pobre autoestima.

Reportes sobre los factores psicológicos relacionados con la dermatitis atópica han fortalecido viejos conceptos respecto a la relación del estrés, el impacto de la ansiedad, la importancia del apoyo social y el papel de los factores psicológicos o personalidad (hostilidad, perfeccionismo, autodesprecio, (en Lipowski, 1990).

Van Den Hout (1990) realizó un estudio para probar las crisis de angustia inducidas. Los sujetos respondieron una escala de autorreporte y una lista de verificación con 14 reactivos derivados del DSM-III: dificultad para respirar, vértigo, palpitaciones, temblor, sudor, sofocamiento, náusea, reducción de la comprensión, parestesia, escalofríos, dolor en el pecho, sensación de muerte, sensación de volverse loco y sensación de hacer algo sin control. En sus resultados encontró que los síntomas mencionados se observan principalmente en pacientes neuróticos, (en Stoudemire, 1991).

Para Lipowski (1990) el 80% de los pacientes depresivos somatizan como una manera de comunicar, lo que en clínica es llamado, estrés psicosocial, esto es apoyado por estudios realizados por Duer (1988), Hamilton (1989) y Fisch (1987).

King y Wilson (1991) trabajaron con 18 hombres y 32 mujeres en total 50 pacientes con Dx de dermatitis atópica. Con una media de 30 años y un grupo

control. Durante 15 días registraron los estados de ánimo (mediante un diario psicológico que mide dos niveles: el primero la ocurrencia de síntomas físicos como: resfriados, debilidad, náusea y erupciones en la piel; reacciones afectivas como enojo, depresión y ansiedad, todos estos elementos considerados como relevantes en los desórdenes psicofisiológicos.) y la condición de la piel diariamente.

Sus resultados indicaron que tanto el estrés interpersonal y la depresión correlacionaban significativamente con los cambios en la condición de la piel, ($r=0.22$ se observó una relación positiva en cuanto al aumento del estrés interpersonal y el aumento de síntomas), concluyendo que de acuerdo a sus resultados el estrés interpersonal predice la condición de la piel y que está relación era recíproca (por lo que plantean su estudio como un diseño prospectivo que podría superar las limitaciones de los diseños retrospectivos). El reporte día a día reveló fluctuaciones considerables y los investigadores propusieron que las reacciones emocionales están vinculadas con el aumento de síntomas en la piel, resultados ya reportados en estudios retrospectivos en cuanto a la relación entre enfermedades físicas y sucesos de vida.

En otro estudio realizado por Rigatelli, Bianchini y Petri (1992) se considera que la génesis de la alopecia, la psoriasis y el pruritus se debe a estados de ansiedad, represión de angustia y estrés.

Como ya se mencionó anteriormente se han encontrado estudios sobre el significado de los sucesos de vida estresantes en la etiología de diversas patologías con adultos, entre ellas con la tendencia a la depresión y su relación con los sucesos de vida en adultos, Brewer, (1993); desórdenes de ansiedad y sucesos de vida, Rudolf, 1992; el efecto de las emociones negativas en la satisfacción, Locke, Kenneth, 1993; percepción de estrés en pacientes con desórdenes cardiovasculares, Doerfler y Leonard, 1992, (en Brewer, 1992).

En un estudio con tres pacientes dermatológicos los autores subrayan una conexión entre estados emocionales y desórdenes dermatológicos, Gherardi, Fabrizio, Chirillo y Garzia (1993).

Pearstone y Russel (1993) en su trabajo relacionan a los sucesos de vida mayores y sucesos de vida cotidianos con neuroticismo. Su muestra estuvo integrada por 156 sujetos de 15 a 83 años. Realizaron un análisis de los

componentes principales del cuestionario de sucesos de vida cotidianos, sus resultados revelaron cuatro factores, el factor cotidiano que predice más síntomas somáticos puede ser más una consecuencia que una causa de la enfermedad. Surge la interrogante acerca de si el estrés es un estímulo o una respuesta, pues sus resultados indican que la ocurrencia de un suceso estresor no tienen ningún efecto inmediato en los sentimientos de bienestar sino que estos reducen los recursos de una persona para dar solución a las presiones diarias. El neuroticismo también influye en como una persona se enfrenta a lo cotidiano.

Craig, Drake y Boardman (1994) Su estudio la realizaron sobre la influencia de los sucesos de vida como estresores, en el establecimiento y progreso de la somatización. El estudio estuvo integrado por 44 somatizadores, con una media de 36 años, en donde se investigaban los sucesos de vida y el estado de salud o enfermedad del sujeto. En sus resultados reportan que la preferencia de estos sujetos por desarrollar esfuerzos neutralizantes estuvo fuertemente relacionada a la presencia de un alto índice de problemas parentales en la crianza y la exposición a enfermedades en la infancia de los sujetos. Durante el seguimiento de dos años las enfermedades funcionales estuvieron asociadas con la experiencia de obtener una posible ganancia secundaria

Bartelstone y Timothy (1995) en su trabajo plantean que los diferentes niveles de depresión varían como función de la interacción entre la personalidad y la ocurrencia de sucesos negativos. Señalan dos estilos de personalidad: un estilo dependiente o sociotrópico (que reacciona a la depresión ante una pérdida interpersonal o un rechazo), el otro estilo es el autocrítico o autónomo (que reacciona a la depresión ante un fracaso en sus metas o logros).

Jong, Timmerman y Emmelkamp (1996) Los autores hipotetizan que no todos los sucesos que parecerían estresantes deben ser considerados, sólo aquellos que se relacionan claramente al bienestar del sujeto. Su muestra estuvo integrada por 656 normales, tomados al azar, con una media de edad de 38 años; se les aplico el SERLE (la Escala de Percepción de Estrés, Cohen y cols. 1983). Una escala para medir ansiedad como característica, el nivel de sintomatología depresiva (Escala del Centro Epidemiológico sobre Depresión CES-D; Radloff, 1977), también se les aplico el Inventario de apoyo social (SSI; Timmerman 1995), así como un Inventario de quejas físicas y un cuestionario de salud general.

En sus resultados encuentran que los sucesos cotidianos (tales como problemas en el trabajo, problemas con la familia, problemas financieros) han mostrado estar relacionados con quejas mentales y corporales. En donde a mayor número de sucesos diarios reportados por los sujetos, mayor número de padecimientos corporales y alteraciones mentales, pues al parecer los sucesos cotidianos parecen estar más asociados al bienestar más que los sucesos mayores (muerte de algún familiar, divorcio...); aunado a los sucesos de vida estresantes se han encontrado asociados al estado de salud al apoyo social y el estilo de enfrentamiento.

Al revisar los estudios desarrollados en los últimos años acerca de los sucesos de vida desencadenantes de estrés en adultos, nos podemos dar cuenta que no existen investigaciones parecidas en población mexicana, y mucho menos en pacientes dermatológicos ya que la mayoría de las investigaciones se han desarrollado en otros países encontrándose resultados importantes. De allí surge el interés en el conocimiento preciso de nuestra población en base a nuestra idiosincrasia, para así poder desarrollar modelos de prevención e intervención adecuados a la misma; ya que cada vez nos enfrentamos más a diversas situaciones que producen estrés, las cuales desafortunadamente se han incrementado, como lo son: desempleo, empeoro la situación económica, mayor índice de divorcios, empobreciendo en las relaciones interpersonales, y en general la calidad de vida de la mayoría de la gente, en nuestro, país es pobre.

En el presente capítulo, encontramos investigaciones realizadas con padecimientos dermatológicos y en otro grupo de investigaciones, presentadas, se encontró características de personalidad comunes a estos pacientes y ello nos permite considerarlos como un grupo homogéneo, por lo que se puede pensar que dentro de la etiología del padecimiento si encontramos como factor importante las características de personalidad de los sujetos, ya que dichas características determinan la manera de responder, tanto conductualmente como afectiva o emocionalmente, de cada sujeto y por tanto su manera de experimentar las situaciones externas como estresantes o no, va a ser diferente a cualquier otro grupo de individuos que enfrentan y viven emocionalmente las situaciones de manera particular.

Es por esto que el objetivo de esta investigación es contextualizar el significado de los acontecimientos potencialmente estresantes, en los pacientes con dermatitis atópica, al intentar buscar algunos indicadores sociales y personales que ayuden a esclarecer la etiología de la Dermatitis atópica y de esta manera favorecer la intervención médica que recibe el paciente.

Por lo anterior, en el presente trabajo se pretende conocer si existe relación entre algunas de las características de personalidad, el padecimiento de dermatitis atópica y los sucesos de vida padecidos por los sujetos; lo anterior se medirá a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2, versión en español (Lucio y Reyes-Lagunes, 1992), y del cuestionario de Información biográfica y Sucesos de vida. Adultos, desarrollado por Lucio, et.al. (1996) para poblaciones mexicanas, tomando como base algunos aspectos del de Butcher (1992). Ya que en México no existen trabajos que reúnan ambos instrumentos realizados con este tipo de población.

CAPÍTULO IV *METODOLOGÍA*

4.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

De lo anterior se puede postular que los trastornos psicofisiológicos pueden ser padecimientos multifactoriales. Por lo mismo, debe considerarse esto al hacer decisiones terapéuticas, ya que tan importante es reducir el prurito como la tensión emocional y constituir un tratamiento más viable que incluya considerar al paciente como un caso individual. Por eso se debe otorgar un tratamiento médico auxiliado por un tratamiento psicoterapéutico enfocado a atender la causa del padecimiento, hasta lograr una rehabilitación psico-social, de esta manera se obtendría una mas rápida y prolongada mejoría.

Al analizar los estudios realizados a pacientes con dermatitis atópica, se ha visto que estos individuos comparten ciertas características de personalidad y ello nos permite considerarlos como un grupo homogéneo, por lo que se puede pensar que dentro de la etiología del padecimiento si encontramos como factor importante las características de personalidad de los sujetos, Santamaria (1978); Schech, Florin, Rudolph, Wilhelm (1993) y Gallegos (1996).

Dichas características determinan la manera de responder, tanto conductualmente como afectiva o emocionalmente, de cada sujeto y por tanto su manera de experimentar las situaciones externas como estresantes o no, va a ser diferente a cualquier otro grupo de individuos que enfrentan y viven emocionalmente las situaciones de manera particular, aunque aún no esta establecido el grado en el cual estos rasgos son constitucionales, de desarrollo o si son el resultado de la enfermedad. Entre las características que se han observado, se encuentran irritabilidad, ansiedad, depresión, aislamiento, susceptibilidad e introversión.

Por otro lado actualmente ya se empieza a considerar la relación entre los sucesos de vida estresantes y la manifestación del padecimiento, Gherardi, Fabrizio, Chirillo y Garzia (1993); Rigatelli, Bianchini, y Petri, (1992); Viacava, (1987); Baldaro, (1987, en Stoudemire, 1991).

El objetivo del presente trabajo es, por lo tanto, conocer la relación que existe entre el perfil de personalidad de pacientes con dermatitis atópica y los sucesos de vida, que les han acontecido recientemente, como elementos estresores que propician el padecimiento. El estudio se hará a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2, MMPI-2, versión en español (Lucio y Reyes-Lagunes, 1992), se eligió este inventario porque a través de sus 567 reactivos, evalúa patrones importantes de personalidad y desórdenes emocionales, a demás de ser una prueba de uso extenso y con amplia validación clínica; se utilizo además el Cuestionario de Información biográfica y Sucesos de vida. Adultos, desarrollado por Lucio, Ampudia y Durán, (1996) para poblaciones mexicanas, tomando como base algunos aspectos del de Butcher (1992).

Por lo que para este estudio se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el conjunto de rasgos de personalidad que identifican a este grupo de pacientes?
- ¿Cuáles son los sucesos de vida reportados como elementos estresores por el grupo de pacientes?
- ¿Existe relación entre el perfil de personalidad y los sucesos de vida recientes en pacientes con dermatitis atópica?
- ¿Influyen los rasgos de personalidad en la manifestación de dermatitis atópica ante sucesos actuales considerados como factores estresores por los pacientes?

4.2. HIPÓTESIS

1ª. HIPÓTESIS DE TRABAJO

De acuerdo a los rasgos de personalidad reportados en estudios anteriores se han encontrado que en pacientes con dermatitis atópica son frecuentes los siguientes: depresión, preocupación, desconfianza, hostilidad, ansiedad, aislamiento, pensamiento fantasioso, baja autoestima, enojo y agresión encubiertos, así como tensión y estrés; Santamaria, (1978); Lipowiski, (1990); Stoudemire, (1991) y Gallegos, (1996). Por lo cual se espera que en este grupo de pacientes las escalas pico del perfil de escalas **Básicas** del MMPI-2 sean: F, 1, 2, 6, 7, 8 y 0; las escalas de **contenido**: ANS, DEP, SAL, DEL, ENJ y BAE; y las escalas **suplementarias**: A, R, EPK y EPS; por ser las escalas relacionadas con las características de personalidad reportadas en los estudios realizados con pacientes atópicos.

2ª- HIPÓTESIS DE TRABAJO

Si los sucesos de vida recientes (significativos), manifestados como elementos estresores, se relacionan con la manifestación de síntomas en los pacientes con dermatitis -de acuerdo a las recientes investigaciones Gherardi, Fabrizio, Chirillo, Garzia, (1993); Rigatelli, Bianchini, y Petri, (1992); Viacava, (1987); Baldaro, (1987)- entonces el grupo de estos pacientes reportará sucesos significativos que les hayan ocurrido recientemente.

Por lo cual se espera que este grupo de pacientes reporten en el Cuestionario de Información biográfica y Sucesos de vida. Adultos, (para poblaciones mexicanas, desarrollado por Lucio, et. al.,1996), la ocurrencia significativa de por lo menos un suceso reciente.

3ª- HIPÓTESIS DE TRABAJO

En los reportes de los estudios realizados con pacientes dermatológicos se han encontrado específicos rasgos de personalidad, en Santamaria, (1978); Lipowski, (1990); Stoudemire, (1990) y Gallegos, (1996).

Por otra lado, otro grupo de autores en sus estudios, también con pacientes dermatológicos, se inclina por la importancia de considerar los sucesos de vida recientes (significativos), como elementos estresores, en estos pacientes, Gherardi, Fabrizio, Chirillo, Garzia, (1993); Rigatelli, Bianchini, y Petri, (1992); Viacava, (1987); Baldaro, (1987, en Stoudemire, 1991).

De allí la importancia de estudiar y unir en esta investigación ambos elementos, al tratar de buscar una relación entre los rasgos de personalidad y los sucesos de vida recientes reportados por este grupo de pacientes.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H. Alterna: Existe relación estadísticamente significativa entre los rasgos de personalidad y los sucesos de vida recientes (significativos), medidos a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2, versión en español (Lucio y Reyes-Lagunes, 1992), y del Cuestionario de Información biográfica y Sucesos de vida. Adultos, (desarrollado por Lucio et. al. 1996) .

H. Nula: No existe relación estadísticamente significativa entre los rasgos de personalidad y los sucesos de vida recientes (significativos), medidos a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2, versión en español (Lucio y Reyes- Lagunes, 1992), y del Cuestionario de Información biográfica y Sucesos de vida. Adultos, (desarrollado por Lucio et. al.,1996) .

1ª- HIPÓTESIS DE TRABAJO

Si los rasgos de personalidad en la interacción con los sucesos de vida recientes (significativos) se relacionan al actuar como vulnerabilidad predisponente en el desarrollo de sintomatología dermatológica, entonces ante la experiencia actual de determinado suceso significativo en estos pacientes reaparecerá el cuadro de dermatitis atópica .

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H. Alterna: *Existe relación entre los rasgos de personalidad -medidos a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2, versión en español Lucio y Reyes- Lagunes, 1992-, y los sucesos de vida recientes (significativos) medidos a través del cuestionario de Información biográfica y Sucesos de vida. Adultos, (desarrollado por Lucio et. al. 1996) en el desarrollo de sintomatología dermatológica en el grupo de sujetos estudiados.*

H. Nula: *No existe relación entre los rasgos de personalidad -medidos a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2, versión en español Lucio y Reyes-Lagunes, 1992-, y los sucesos de vida recientes (significativos) -medidos a través del Cuestionario de Información biográfica y Sucesos de vida. Adultos, (desarrollado por Lucio et. al. 1996)- en el desarrollo de sintomatología dermatológica en el grupo de sujetos estudiados.*

1.3 VARIABLES

INDEPENDIENTES:

- Estilo de personalidad de los pacientes (elevación de las escalas).
- El padecimiento: -Dermatitis atópica
- Sucesos o acontecimientos externos al sujeto, provenientes del medio ambiente.

DEPENDIENTES:

La manifestación de síntomas que se puedan diagnosticar como dermatitis atópica

ATRIBUTIVAS:

Ingreso

Estado civil

Escolaridad

Sexo

Edad

DEFINICIÓN DE VARIABLES

A)VARIABLES INDEPENDIENTES

1.- DERMATITIS ATÓPICA

-DEFINICIÓN CONCEPTUAL: *Dermatitis atópica*: Respuestas cutáneas anormales que dependen del sistema nervioso autónomo como: vasoconstricción sostenida, blanqueamiento de la piel, reacción disminuida de histamina (provocando prurito), dermatografismo blanco, trastornos de vasoconstricción y vasodilatación periférica, respuesta capilar lenta al calor y al frío, disminución de la temperatura digital (Salomón, 1992).

-DEFINICIÓN OPERACIONAL: *Dermatitis atópica*: Es una lesión observable de la piel localizada casi siempre en la nuca, cara interior de los muslos, región púbica y en el dorso de las manos, da la apariencia de piel seca. Es una afección crónica, produce comezón. La lesión se acompaña de profundos surcos debidos a la constante irritación y rascaduras.

2.- SUCESOS

-DEFINICIÓN CONCEPTUAL: *Sucesos*: Hecho o acontecimiento ocurrido recientemente (Luigi, 1987).

-DEFINICIÓN OPERACIONAL: *Sucesos*: Hecho o acontecimiento ocurrido recientemente, identificado por él propio sujeto en base a las respuestas reportadas en el Cuestionario de Información biográfica y Sucesos de vida. Adultos, desarrollado por Lucio et. al. (1996) para poblaciones mexicanas, tomando como base algunos aspectos del de Butcher (1992). En el cual él sujeto identifica algún evento que le haya sucedido recientemente (hasta un año antes de la fecha de la aplicación) y al cual, ubica como positivo, negativo e indiferente con respecto a como lo haya vivido; dichos eventos pueden ser desde problemas económicos, pérdidas en los negocios, desempleo accidentes, problemas maritales, hasta pérdidas de algún familiar.

3.- ESTILO DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES

-DEFINICIÓN CONCEPTUAL: conjunto de características o rasgos que definen el modo de ser de una persona (Luigi, 1987).

-DEFINICIÓN OPERACIONAL: La personalidad será medida a través de las respuestas escritas dadas al MMPI-2 de las cuales se obtendrá la organización de las escalas básicas, suplementarias y de contenido, y que al dar un resultado permiten obtener un perfil de personalidad para su interpretación clínica, es decir, a través de los datos cuantitativos que arroje la prueba en base a las respuestas de los sujetos se conocerán las características de personalidad de los mismos.

B) VARIABLES DEPENDIENTES

1.- SÍNTOMA

-DEFINICIÓN CONCEPTUAL: *Síntoma*: Manifestación o señal observable de la cual se queja el paciente (Luigi, 1987).

-DEFINICIÓN OPERACIONAL: *Síntoma*: Presencia de signos o manchas, observables, grisáceas en la piel, o bien piel con aspecto lloroso y con surcos en arreas como la nuca, cara interior de los muslos, región púbica y en el dorso de las manos, caracterizada por piel seca o "llorosa", con surcos que producen comezón.

4.4 POBLACIÓN:

Todos los pacientes dermatológicos que acudan por primera vez a consulta externa al Hospital de la Pascua.

4.5 MUESTRA: Todos los pacientes con dermatitis atópica que acudieron a consulta externa Del Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua".

4.6 MUESTREO:

Los sujetos se seleccionaron a través de un muestreo no probabilístico intencional por cuota. El muestreo intencional por cuota consiste en utilizar datos como el sexo, raza, religión, u otra característica de los sujetos (en este caso el padecimiento de dermatitis atópica), para obtener una muestra, y por cuotas significa que el investigador establece el número de personas a las que aplicará, para ésta investigación se eligieron aquellos pacientes que acudieron al servicio externo del centro dermatológico.

4.7 SUJETOS

La muestra está integrada por el número de sujetos que se captaron durante el lapso de dos años y cubrieron los siguientes criterios:

1).-Los criterios de inclusión fueron:

-PACIENTES: Que acudieron a consulta externa del Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", S. S., por primera vez.

-EDAD: De 19 a 45 años

-ESCOLARIDAD: Mínimo Primaria

-TIPO DE PADECIMIENTO: Dermatitis atópica, el Diagnóstico lo realizó un médico especialista basándose en los siguientes criterios diagnósticos:

-Criterios mayores (el paciente debe presentar tres o más de estas características)

1.- Prurito

2.- Morfología y distribución Típica: Pliegues y cara

3.- Liquenificación y eccema

4.- Cronicidad y recaídas

5.- Historia personal o familiar de asma, rinitis y/o dermatitis.

Tres o más criterios menores

6.- Xerosis

7.- Reacción inmediata a la prueba cutánea

8.- Dermografismo blanco

9.- Queratosis pilar

10.- Elevación de IgE: Niveles arriba de 200 u/ml. Esto determina una facilidad para producir anticuerpos humorales frente a antígenos muy diversos.

11.- Dermatitis no específica en manos.

12.- Tendencia a infecciones cutáneas repetidas.

13.- Palidez facial, (en Harvey, 1989).

2).-También tuvieron que cubrir los criterios de inclusión, sugeridos por Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath (1989) y modificados por Lucio (1995).

-Índice de Gough hasta 9 (F-K).

Nota: Para este estudio la F-K=12 por tratarse de una muestra clínica

-Respuestas verdaderas hasta 454 (80%).

-Respuestas falso hasta 454 (80%).

-Sin respuesta hasta 29 reactivos.

- INVER (TRIN) hasta 13.
- INVAR (VRIN) hasta 13.
- Fp hasta 11.
- F hasta 20.

3).-Los criterios de exclusión fueron:

- Cualquier padecimiento dermatológico que no fuera Dermatitis atópica
- EDAD: Menores de edad y mayores de 45 años
- SIN ESCOLARIDAD

4.8 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación Ex post facto: que significa "a partir de lo ya acontecido", donde es imposible manipular y asignar los sujetos a tratamientos, por que la variable independiente ya ocurrió. El investigador comienza con la observación de la variable dependiente y estudia retrospectivamente las variables independientes en busca de los efectos que pudieran tener en aquella (Kerlinger,1988).

4.9 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de campo Ex post facto son investigaciones científicas no experimentales, dirigidas a descubrir las relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas, en estructuras sociales reales (escuelas, comunidades, fabricas e instituciones); este tipo de estudio permite afirmar o desechar hipótesis y llegar a conclusiones generales en relación al fenómeno investigado - personalidad y los sucesos de vida en relación a la manifestación de dermatitis atópica-. (Kerlinger,1988).

4.10 INSTRUMENTOS

4.10.1 Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, (MMPI-2)

Se utilizaron dos cuestionarios: el primero es un cuestionario dicotómico y es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2, (MMPI-2), versión en español (Lucio y Reyes-Lagunes, 1992). El MMPI-2 es una prueba clínica multidimensional que proporciona una evaluación más amplia de la personalidad. La aplicación puede ser individual o colectiva pues es autoadministrada, su base es

estadística, lo cual, nos permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas. Es un instrumento a través, del cual, un individuo define sus propias características de personalidad y en general, la organización de sus rasgos. Además de ser una prueba donde el perfil obtenido nos permite observar a simple vista las diferencias o similitudes en los perfiles. Se eligió la versión en español del MMPI-2, ya que esta descarta errores al obtener los puntajes para los perfiles por contar con normas nacionales contemporáneas, además de ser una prueba con escalas de confiabilidad que garantizan la validez del perfil. Es un cuadernillo que consta de 567 reactivos a los que el sujeto puede responder verdadero o falso, en una hoja de respuestas individual, la calificación global del instrumento se realiza por medio de un sistema de lectura óptica.

CONTENIDO DEL MMPI-2

El instrumento está integrado por tres grupos de escalas, para conocer lo que cada escala mide, de manera más amplia, consultar el Manual Adaptación al Español del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2. MMPI-2.(Lucio y Ampudia, 1995). El inventario incluye los siguientes grupos de escalas:

◆ ESCALAS BÁSICAS

◆ ESCALAS DE VALIDEZ

- Escala no puedo decir: Número de reactivos sin contestar, más de 30 reactivos vacíos invalidan la prueba.
- La escala L: Consta de reactivos, que el sujeto puede contestar negando varias faltas menores y defectos de su carácter que la mayor parte de las personas están dispuestas a admitir como ciertas.
- La escala F: Su calificación indica la cooperación del sujeto, T=65-80 indica la exageración de síntomas e incluso respuestas al azar, desorientación, psicopatología, fingimiento o diferencias culturales.
- La escala K: Mide defensividad del sujeto y es corrector de las escalas clínicas: Hs, Dp, Pt, Es, y Ma, además esta escala correlaciona con el nivel de inteligencia y el nivel educativo (Butcher, 1992; Lucio y Ampudia, 1995).

La escala F Posterior: Evalúa la validez de la prueba en las respuestas a los reactivos de la última parte, que no son detectados por F. Es útil para determinar si se deben interpretar o no las escalas de contenido, ya que identifica a los individuos que proporcionaron registros de pruebas no aceptables y sus reactivos están después del reactivo 370.

La escala INVER e INVAR: Proporcionan un índice de la tendencia del sujeto a responder los reactivos de manera inconsistente o contradictoria. INVER: Escala de inconsistencia en las respuestas verdadero, de carácter experimental se compone de 23 pares de reactivos opuestos en contenido, en los que la combinación de dos verdaderos o dos falsos es semánticamente inconsistente. INVAR: Escala de inconsistencia de respuestas variables. También es una escala de naturaleza experimental, se compone de 49 pares de respuestas (cierto-falso, falso cierto, cierto-cierto y falso-falso).

♦ ESCALAS CLÍNICAS

Son las mismas escalas que para el MMPI original, también con números para las claves, pero no son iguales, ya que algunas fueron modificadas. Para la interpretación de las escalas del MMPI-2 se considera elevación moderada a la puntuación T entre 60 y 64, y alta T igual o mayor a 65. Las puntuaciones bajas en la mayoría de las escalas no se interpretan a excepción de la escala Si y la escala Mf, cuya significación es bipolar (Lucio, 1995; Lucio y Ampudia, 1995).

Hipocondriasis (Hs) Con 32 reactivos. Se refiere principalmente a la cantidad de interés que la persona concede a su salud física, es decir la tendencia a la somatización, que expresa conflictos psicológicos y emocionales, por medio de una canalización somática. Es también característica del hipocondríaco, ser egocéntrico, narcisista e inmaduro, es la forma como afronta sus problemas, prefiriendo reconocer éstos como la causa de su problemática, antes de aceptar su origen psicológicos.

Depresión (D) Con 57 reactivos. Esta escala mide la depresión que se expresa por medio de sentimientos como: minusvalía, desesperanza, tristeza, inseguridad, abatimiento, indecisión y culpa. Así como características básicas de personalidad de responsabilidad excesiva, normas personales estrictas, una actitud de autocrítica y tendencia a la introversión y el aislamiento, así como tendencia a sentirse fuertemente culpables y derrotados.

- 3.- Histeria (Hi) Con 60 reactivos. Esta escala se refiere a la búsqueda de reconocimiento, aceptación, cariño y tolerancia que el individuo demanda de su grupo. El individuo con puntaje elevado es psicológicamente inmaduro, caprichoso e infantil. Por su egocentrismo y narcisismo espera atención y afecto excesivo de los demás y puede recurrir a la manipulación para lograrlos. Las relaciones interpersonales de los sujetos en esta escala elevada, son superficiales e indirectas por lo que no expresan abiertamente su resentimiento ni hostilidad, se caracterizan por mostrar poca tolerancia a la frustración y el rechazo.
- 4.- Desviación psicopática (Dp) Con 50 reactivos. Algunos reactivos de la escala involucran la tendencia de estas personas a reconocer problemas con la ley o con la autoridad, otros reflejan su falta de interés por los patrones sociales y morales de conducta. Son sujetos con ausencia de respuestas emocionales profundas, por lo tanto esto le impide establecer relaciones interpersonales satisfactorias, así como beneficiarse de su experiencia, son personas fácilmente irritables, hostiles, agresivas, con falta de juicio, sin sentido de responsabilidad y poco control en su conducta.
- 5.- Escala de Masculinidad-Femineidad (Mf) Con 56 reactivos. Los reactivos de la escala cubren reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que hombres y mujeres en general difieren. Como los puntajes T para mujeres corren de manera opuesta a aquellas de los hombres, la escala 5 es esencialmente inversa para los dos sexos (con excepción de 4 reactivos que funcionan igual para uno y otro sexo). Se refiere a las características masculinas y femeninas que el grupo social asigna convencionalmente a los respectivos papeles del varón y la mujer.
- 6.- Paranoia (Pa) Con 40 reactivos. Esta escala hace referencia al término paranoia que se relaciona con actitudes de desconfianza, suspicacia, hipersensibilidad, susceptibilidad interpersonal marcada y tendencia a mal interpretar los motivos e intenciones de los otros, sospecha, inseguridad ideas de referencia y persecución, sentimientos de grandeza y tendencia a interpretar los estímulos de manera inadecuada.
- 7.- Psicastenia (Pt) Con 48 reactivos. Esta escala mide temores exagerados, reacciones fobicas y características de personalidad obsesivo-compulsivas que se manifiesta por medio de angustia, con que el individuo se enfrenta a las situaciones, inseguridad, desconfianza en sí mismo, con un panorama del mundo generalmente amenazador,

hostil y angustioso, caracterizándolo sentimientos de culpa constante. La escala mide estados de ansiedad y angustia.

Esquizofrenia (Es) Con 78 reactivos. Los rasgos más sobresalientes que detecta son la incongruencia del afecto, tendencia al aislamiento y a la fantasía, conductas excéntricas, experiencias extrañas y susceptibilidad marcada. Un puntaje muy elevado indica confusiones ocasionales entre la fantasía y la realidad, lo que puede representar un riesgo para la desintegración de la estructura de la personalidad.

Manía (Ma) con 46 reactivos. Esta escala evalúa la energía que tiene el sujeto para fijarse metas, ambicionar algo y tratar de alcanzarlo. Los puntajes elevados pueden describir a un sujeto activo, dinámico, emprendedor, ambicioso y con gran energía para emprender muchas actividades, tal vez en forma simultánea.

Escala de Introversión social (Is) Con 69 reactivos. Esta escala es adicional, no hace referencia a ningún aspecto de la personalidad que pueda mostrar alteraciones, más bien intenta encontrar tendencias bipolares de personalidad e identificar características que en la terminología de Jung, se agrupan bajo la categoría de introversión-extroversión.

♦ ESCALAS DE CONTENIDO

El contenido de los reactivos en el MMPI-2 requirió de pocos cambios ya que algunos de los reactivos originales habían sido cambiados o suprimidos y muchos reactivos nuevos fueron incluidos para proporcionar contenido adicional de personalidad y problemas clínicos. Las escalas de contenido han mostrado ser tan válidas en la descripción y predicción de variables de personalidad, como otras escalas desarrolladas por otros métodos, por otra parte, las escalas de personalidad basadas en el contenido tienen la ventaja de ser más fáciles de interpretar gracias a su contenido homogéneo (Burich, 1984).

La interpretación del contenido del MMPI ha llegado a ser más aceptado como un accesorio para la interpretación de las escalas empíricas tradicionales (Graham, 1987), por precisar y complementar la interpretación de las escalas clínicas, este grupo de escalas está dividido en cuatro grupos:

- 1) **CONDUCTAS SINTOMÁTICAS INTERNAS:** integrado por las escalas:
Ansiedad, Miedos, Obsesividad, Depresión, Preocupación por la Salud y Pensamiento Delirante
- 2) **TENDENCIAS AGRESIVAS EXTERNAS:** integrado por las escalas:
Enojo, Cinismo, Prácticas Antisociales y Personalidad tipo
- 3) **AUTOCONCEPTO NEGATIVO:** integrado por las escalas: Baja Autoestima
- 4) **INCOMODIDAD SOCIAL:** integrado por las escalas: Incomodidad Social, Problemas Familiares, Dificultades en el trabajo e Indicadores Negativos de Tratamiento.

Lo que miden las escalas de Contenido es:

- Ansiedad (ANS):** consta de 23 reactivos. Puntuaciones altas en la escala denotan síntomas generales de ansiedad que incluyeron tensión constante, problemas somáticos, dificultades para dormir, preocupaciones, falta de concentración, temor a volverse locos y tienen dificultad para tomar decisiones.
- Miedos (MIE):** consta de 23 reactivos. Una calificación alta en la escala MIE Indica que se trata de un individuo con muchos temores específicos
- Obsesividad (OBS):** consta de 16 reactivos. Calificaciones altas caracterizan a personas con dificultad para tomar decisiones, tendencia a meditar excesivamente sus puntos de vista hasta el punto de impacientar a la gente que los rodea.
- Depresión (DEP):** consta de 33 reactivos. Las calificaciones altas en esta escala caracterizan a individuos con pensamientos depresivos. Indican también sentimientos de tristeza, intranquilidad incertidumbre sobre el futuro, y desinterés en la vida.
- Preocupación por la Salud (SAL):** consta de 36 reactivos. Las puntuaciones altas se dan en personas que muestran preocupación por salud, se sienten mas enfermos que la mayoría de las personas e incluso pueden mostrar síntomas físicos en las diversas funciones corporales.

Pensamiento Delirante (DEL): consta de 24 reactivos. Procesos de pensamiento psicopáticos caracterizan a los individuos con calificaciones altas en la escala.

Enojo (ENJ): consta de 16 reactivos. Puntuaciones altas sugieren problemas para controlar el enojo.

Paranoico (CIN): consta de 23 reactivos. Calificaciones altas muestran que los sujetos tienen creencias misantrópicas, esas personas suponen que detrás de los actos de otros hay motivos negativos escondidos, por eso creen que se debe desconfiar de las personas, porque utilizan a otras y son amigables solo por razones egoístas.

Prácticas Antisociales (PAS): consta de 22 reactivos. quienes tienen calificaciones altas en la escala de PAS, muestran conductas problema durante sus años escolares, además de prácticas antisociales tales como dificultades con la ley, robos, o hurtos en las tiendas.

Personalidad tipo A (PTA): consta de 19 reactivos. Puntuaciones altas en la escala PTA caracterizan a individuos rígidos, de movimientos rápidos, y orientados al trabajo, quienes frecuentemente se impacientan son irritables, y enojones. Tampoco les gusta esperar o ser interrumpidos, para ellos jamás hay tiempo suficiente en un día para realizar sus tareas. Son directos y pueden ser dominantes en sus relaciones con otros.

Baja Auto estima (BAE): consta de 24 reactivos. Las calificaciones altas en esta escala caracterizan a individuos con una pobre opinión de si mismos.

Incomodidad Social (ISO): consta de 24 reactivos. Puntuaciones altas de la escala indican que se trata de individuos que se sienten muy inquietos cerca de otros, por lo que prefieren estar solos.

Problemas Familiares (FAM): consta de 25 reactivos. Calificaciones altas indican discordias familiares considerables.

Dificultades en el trabajo (DTR): consta de 33 reactivos. Puntuaciones altas sugieren conductas o actitudes que probablemente contribuyan a un desempeño pobre en el trabajo.

-Indicadores Negativos de Tratamiento (RTR): Consta de 26 reactivos. Las calificaciones altas en la escala RTR indican que se trata de individuos con actitudes negativas hacia los doctores y hacia el tratamiento de la salud mental, los individuos no creen que alguien pueda ayudarlos o entenderlos.

• ESCALAS SUPLEMENTARIAS

EL MMPI-2 contiene un grupo de escalas suplementarias para enriquecer la interpretación de las escalas básicas y para ampliar el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos. En la interpretación de estas escalas no hay límite absoluto para los puntajes altos o bajos. En general los puntajes T altos son los mayores de 65 y los bajos menores de T 40. Los reactivos de estas escalas se encuentra a partir del 371. Este grupo de escalas está dividido en dos grupos:

- 1) **ESCALAS TRADICIONALES:** Este grupo está integrado por las siguientes escalas: Ansiedad, Represión, Fuerza del Yo y Escala revisada de alcoholismo de Mac-Andrew.
- 2) **ESCALAS SUPLEMENTARIAS ADICIONALES:** Este grupo está integrado por las siguientes escalas: Hostilidad reprimida, Dominancia, Responsabilidad Social, Desadaptación Profesional, Rol de Género Masculino-Femenino y Desorden de Estrés Postraumático.

El Contenido de las escalas es:

- Escala de Ansiedad (A):** desarrollada por Welsh (1956) y utilizada por Butcher (1989). Consta de 39 reactivos. Los puntajes altos de esta escala son indicadores de ansiedad, intranquilidad, ritmo personal lento, pesimismo, apatía, timidez, retraimiento, inhibición, control excesivo defensiva, racionalización, sumisión, conformismo, docilidad, angustia y cautela.
- Escala de Represión (R):** creada por Welsh (1956) e integrada por Butcher (1989). Consta de 37 reactivos. Esta escala sugiere a personas con una emotividad violenta, dominante, y reacciones sociales agradables.
- Escala Fuerza del Yo (Fyo):** desarrollada por Barron(1953). Consta de 52 reactivos. Evalúa la capacidad de un individuo para beneficiarse de una psicoterapia y para predecir las respuestas de pacientes neuróticos a la psicoterapia, es una medida de adaptación, de fortaleza, de recursos personales y de funcionamiento eficiente.

escala revisada de alcoholismo de Mac-Andrew (A-Mac) por Mac Andrew en (1965) consta de 49 reactivos. Esta escala proporcionará índices de la tendencia a la adicción en general, mas que la tendencia al alcoholismo.

escala de Hostilidad reprimida (Hr): desarrollada por Megargee, Cook y Mendelson (1967). Consta de 28 reactivos. Esta escala proporciona una medida de la capacidad individual para tolerar la frustración sin tomar represalias. Los puntajes elevados en esta escala son característicos de personas que tienden a responder apropiadamente a la provocación aparente.

Escala de Dominancia (Do): desarrollada por Gough, Mc Closky y Meehl (1952), consta de 25 reactivos. Mide la fuerza que tiene el individuo en las situaciones personales, habilidad para influir en los demás y confianza en si mismo.

Responsabilidad Social (Rs): desarrollada por Gough, McClosky y Meel (1952), consta de 30 reactivos. Los puntajes altos indican que los sujetos tienden a verse a sí mismos como decididos a aceptar las consecuencias de su propia conducta, son responsables y dignos de confianza.

Desadaptación Profesional (Dpr): desarrollada por Kleinmunte (1961), consta de 41 reactivos. Esta escala discrimina entre los profesionistas bien adaptados emocionalmente y los no adaptados.

Rol de Género Masculino Femenino (GF,GM): desarrollado por Dahlstrom (1988), consta de 46 reactivos. La escala GM indica que los sujetos masculinos tienen confianza en sí mismos, perseverancia y amplios intereses, carencia de temores o sentimientos referentes a sí mismos. La escala GF indica en los sujetos femeninos tendencias a la religiosidad, a no jurar ni maldecir, poco control sobre el propio temperamento, problemas con el alcohol y las drogas.

Desórden de Estrés Postraumático (EPK y EPS): desarrollada por Malloy y Fainbank (1984), la primera, y la segunda por Schenger y Kulka (1987), consta de 46 reactivos. Estas dos escalas tienden a ser independientes, ambas pueden usarse conjuntamente para el diagnóstico.

PARA OBTENER EL PERFIL DE LAS ESCALAS DEL MMPI-2

Para obtener el perfil básico se sigue el procedimiento indicado en el manual "Adaptación al español del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2. MMPI-2, (Lucio y Ampudia, 1995). En donde se toman puntajes basados en escalas derivadas de las de Hathaway y Mckinley y modificadas por la reestandarización del instrumento. Se organizan por medio de dos series, los indicadores de validez y las medidas clínicas, y con excepción del puntaje "no sabría decir" se trazan y marcan de manera separada para el perfil individual. Se anoten el número de reactivos por escala. Estos valores puntajes T lineales para los indicadores de validez y para las escalas 5 y 0; puntajes T uniformes para las escalas 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 y 9.

El paso siguiente es agregar K a los puntajes crudos de las escalas 1, 4, 7, 8 y 9, en la fracción que les corresponde a cada una de ellas y sumarlos al puntaje crudo. Para trazar el perfil se debe considerar el sexo del sujeto, los puntajes crudos se anotan abajo del perfil y en las columnas de la derecha y de la izquierda dan los valores del puntaje T correspondiente; marcar con un punto la señal del puntaje crudo para cada escala y unirlos puntos de las 8 escalas clínicas con una línea, lo mismo hacemos con las escalas de validez .

-CLAVE DEL PERFIL

Para indicar las diferentes claves que se obtienen de los perfiles se emplea un sistema de codificación, al codificar se le asigna un número a cada escala, en lugar de utilizar abreviaciones de los nombres de las mismas y así evitar implicaciones psiquiátricas. El sistema de Welsh es el que se utiliza para el MMPI-2, el primer paso es escribir el número de todas las escalas básicas conforme el orden en que se elevan en puntaje T, del más alto al más bajo, a continuación se anotan las escalas de validez,(a la derecha de la codificación de las escalas básicas), anotando las iniciales de cada una de las escalas en orden descendente de acuerdo a la puntuación T de cada una de ellas. Se subrayan las escalas cuyos puntajes tienen el mismo valor o tienen un punto de diferencia. Luego se agregan los símbolos de elevación utilizando las siguientes anotaciones para designar los rangos de elevación de diez puntos de los puntajes T (Lucio, 1995; Lucio y Ampudia, 1995).

- ** 100 - 109
- * 90 - 99
- " 80 - 89
- ' 70 - 79

- 60 - 69 (en Butcher, 60 - 64- y 65 a 69+)
- / 50 - 59
- : 40 - 49
- # 30 - 39

29 y menos de 29 a la derecha de #

Algunos usuarios utilizan símbolos de elevación adicionales, los puntajes de 110 a 119 se muestran seguidos de ! y los puntajes de 120 o más seguidos de !!.

.10.2 CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN BIOGRÁFICA Y SUCESOS DE VIDA. ADULTOS

El material del cuestionario consiste en una hoja de respuestas y un cuadernillo que contiene reactivos 80 en total, a los que el sujeto puede responder eligiendo una opción, en una hoja de respuestas individual. La calificación global del cuestionario se realiza por medio de un sistema de lectura óptica.

El cuestionario se aplica, en la forma para adultos de 19 a 64 años. La aplicación puede realizarse de forma individual o colectiva, el tiempo requerido para responder al instrumento es de 25 minutos aproximadamente.

Dentro de las instrucciones generales se indica no hacer ninguna marca en el folleto, debido a que es utilizado por diversos sujetos, así como el anotar todas las contestaciones dentro de la hoja de respuestas, también se recomienda el uso de un lápiz adecuado ya que las hojas se califican a través de una lectora óptica, por lo que se insiste en el cuidado de ésta. Se sugiere en caso de cometer algún error o cambiar de opinión, borrar bien el círculo seleccionado y volver a contestar. Por último se hace hincapié en dar las respuestas de forma personal.

El cuestionario está dividido en dos partes:

1.-La primera parte investiga datos correspondientes a información sociodemográfica del sujeto, esta primera parte consta de 44 preguntas y tienen diferentes opciones de respuesta. Las preguntas se refieren a:

- Ficha de identificación: edad, sexo, estado civil, ocupación, institución y lugar de origen.
- Calidad de vida: tipo de vivienda, número de personas que habitan en su casa
- Características de la casa-habitación, su casa es (rentada, propia etc.)
- Hábitos alimenticios ocupación trabajo de padre y madre y sujeto que responde a la prueba
- Ingresos (en salarios mínimos, pesos diarios)

- Dependientes económicos
- Antecedentes de: Alcoholismo, drogas, enfermedades graves y de problemas emocionales (de algún familiar o del propio sujeto)
- Propiedades, inmuebles, aparatos autos, antena parabólica, equipo de sonido, computadora, microondas. etc.

2.- La segunda parte corresponde a un listado de sucesos de vida ocurridos en los últimos 12 meses; se enumeran una serie de 36 sucesos, de los cuales el sujeto identifica y marca una de la 4 opciones de respuesta; si el suceso ocurrió recientemente (hasta un año antes de la fecha de la aplicación) tiene tres opciones de respuesta: ubicarlo como que: "fue bueno para mí", "fue malo para mí", "me sucedió y no tuvo importancia". Si el suceso nunca ha ocurrido o no ocurrió en los últimos doce meses la opción es: "no me sucedió".

Es decir, se le pide al sujeto que realice una evaluación cognitiva sobre los acontecimientos que le ocurrieron en los últimos doce meses, aunque el suceso no haya sido relevante se contesta, con la opción "no tuvo importancia", esta última opción es importante que se considere, ya que indica que el suceso no conlleva implicaciones para el sujeto, por lo que no le asigna un valor, no requiere un compromiso, ni una necesidad y permite evaluar la adaptación del sujeto a partir de la catalogación de un acontecimiento. Por otro lado si le asigna un valor positivo (fue bueno para mí), permite observar que acontecimientos generan emociones de placer, alegría, felicidad o regocijo y por otro lado si todo es muy positivo nos hace dudar de esta "adaptación" tan positiva del individuo al acontecimiento. Por último las evaluaciones negativas (fue malo para mí), nos muestran que el sujeto sufrió un daño, amenaza, pérdida o desafío y donde se pone énfasis a las situaciones que acontecieron y que pudieron afectar al sujeto.

Los sucesos que integran el listado abarcan las siguientes áreas: Familiar, de pareja, sexual, de logros, de salud y laboral. (Lucio et. al., en prensa).

4.11 PROCEDIMIENTO

Para cubrir con los objetivos de la presente investigación se acudió al Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, durante 2 años, a la preconsulta matutina, para obtener la muestra de pacientes con Dx de dermatitis atópica; para esto se contó con el apoyo profesional de un médico a cargo de la preconsulta y fue él quien realizó el diagnóstico de los pacientes, una vez identificados a aquellos que reunían los criterios de inclusión, se procedió a pedirles su colaboración para contestar ambos cuestionarios.

La aplicación del MMPI-2, a los pacientes, fue de forma individual, cada sujeto contestó a su elección la opción de verdadero o falso utilizando el cuadernillo de preguntas y una hoja de respuestas. De la misma manera se aplicó el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de vida. Adultos, a los pacientes, en donde cada sujeto contestó a su elección la opción que prefiriera, utilizando el cuadernillo de preguntas y una hoja de respuestas. Además se les preguntaron a los pacientes, datos adicionales como: si padecían otro enfermedad, si tenían antecedentes familiares de atopia y que enumeraran sucesos que les hubieran ocurrido y que en el cuestionario no hubieran sido considerados.

4.12 ANÁLISIS DE DATOS

Una vez reunida la muestra, se calificaron las hojas de respuesta, mediante lectora óptica para realizar los análisis estadísticos correspondientes.

Se utilizó el programa estadístico SPSS/PC, para obtener medidas de tendencia central como: frecuencias, medias, desviaciones estándar, y porcentajes de los datos resultantes de la muestra. Además se llevó a cabo un análisis estadístico a través de la Correlación de Spearman (debido a que el nivel de medición del cuestionario de Sucesos de vida es ordinal) que nos permite medir la magnitud de la relación entre dos variables (características de personalidad y sucesos de vida) de la muestra de pacientes .

CAPÍTULO V
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Para el análisis de los resultados, de la presente investigación, se obtuvieron como primer paso medidas de tendencia central como: frecuencias y porcentajes, para conocer como se distribuían las variables atributivas como: sexo, edad, estado civil, escolaridad y frecuencias de sucesos de vida, a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales SPSS/PC, para Windows Nie y Jenkins (1985).

TABLA- 1: Distribución de Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica

SEXO	FRECUENCIA	% PACIENTES	EDAD PROMEDIO	EDAD MEDIANA	EDAD MODA
Masculino	26	28.9 %	27.6	27	22 y 35
Femenino	64	71.1 %	28.3	25	25
Total	90	100			

En la Tabla 1 se observa la distribución de la frecuencia y porcentaje para la variable sexo y edad.

TABLA -2: Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica por Estado Civil

ESTADO CIVIL	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
-Solteros	13	50	30	46.9
-Casados	5	19.2	28	43.8
-U. Libre	7	26.9	2	3.1
-Separados	1	3.8	4	6.3
TOTAL	26	100	64	100

En la Tabla 2 se reportan los datos obtenidos para la variable estado civil, para lo cual, se solicitó a los sujetos que identificaran si eran solteros, casados, si vivían en unión libre o separados. Obteniendo, para los hombres el porcentaje más alto en los solteros, mientras que para las mujeres el mayor porcentaje también es para las solteras.

TABLA-3: Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica por Escolaridad				
ESCOLARIDAD	HOMBRES		MUJERES	
	FREC.	%	FREC.	%
-Primaria	0	0	12	18.8
-Secundaria	7	26.9	13	20.3
-Bachillerato	10	38.5	18	28.1
-Licenciatura	9	34.5	18	28.1
-Posgrado	0	0	3	4.7
Total	26	100%	64	100

Para la Tabla 3 se presentan las frecuencias y porcentajes de la variable escolaridad, identificando cinco niveles de escolaridad, siendo estos: primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura y posgrado, el mayor porcentaje para el nivel escolar en los pacientes, hombres, fue en el nivel de bachillerato, para las mujeres el mayor porcentaje lo obtuvimos en los niveles de bachillerato y licenciatura.

TABLA-4: Frecuencias y porcentajes de los pacientes con Dermatitis Atópica por ocupación				
OCUPACIÓN	HOMBRES		MUJERES	
	FREC.	%	FREC.	%
OBRERO	4	15.3	1	1.5
EMPLEADO	9	34.6	12	18.7
PROFESIONISTA	2	7.6	9	14.0
COMERCIANTE	7	26.9	6	9.4
HOGAR	0		22	34.3
DESEMPLEADO	1	3.8	0	
ESTUDIANTE	3	11.5	11	17.1
PASANTE	0		3	4.6
	26	100	64	100

Para la Tabla 4 se presentan las frecuencias y porcentajes de la variable ocupación, identificando ocho ocupaciones, siendo la más altas, en cuanto a las frecuencias, para los hombres la mayoría son empleados con un 34.6%, siguiendo los

comerciantes con un 26.9% y los obreros con un 15.3%, mientras que la mayoría de las mujeres son amas de casa el 34.3%, empleadas el 18.7% y estudiantes el 17.1%.

TABLA-5: Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica por Número de sucesos (+ ó -) vividos recientemente.

Núm. de sucesos	HOMBRES		MUJERES	
	FREC.	%	FREC.	%
De 1 a 2	4	15.4	5	7.8
De 3 a 4	5	19.2	13	20.3
De 5 a 6	6	23.1	16	25
De 7 a 8	7	26.9	13	20.3
De 8 a 9			5	7.8
Más de 9	4	15.4	12	18.8
	26	100	64	100

En la tabla 5 se observan las frecuencias del número de sucesos negativos por los pacientes, en donde la mayoría de los hombres reportan padecer recientemente de siete a ocho sucesos 26.9%, mientras que para la mayoría de las mujeres el número más alto de sucesos vividos recientemente es de cinco a seis sucesos 25%.

TABLA-6: Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica por Tiempo del padecimiento.

TIEMPO	HOMBRES		MUJERES	
	FREC.	%	FREC.	%
Niñez	4	15.4	17	26.6
Un promedio de 10 años	3	11.5	8	12.5
Un promedio de 5 años	2	7.7	6	9.4
Un promedio de 3 años	5	19.2	5	7.8
Un año	3	11.5	5	7.8
Recientemente	9	34.6	23	35.9
	26	100	64	100

En la tabla 6 se observan los promedios del tiempo de padecimiento de los pacientes, siendo recientemente cuando la mayoría de ellos, hombres y mujeres (34.6% y 35.9%), enferman.

TABLA-7: Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica por Antecedentes familiares de otros padecimientos Psicofisiológicos.

FAMILIAR	HOMBRES		MUJERES	
	FREC.	%	FREC.	%
PADRE	7	26.9	9	14.1
MADRE	4	15.4	15	23.4
HERMANO (A)	3	11.5	2	3.1
OTROS FAM.: TÍOS ABUELOS			3	4.7
HIJO (a)	1	3.8	1	1.6
NINGUNO	7	26.9	22	34.4
PADRE Y MADRE	1	3.8	4	6.3
PADRE, MADRE E HIJO			1	1.6
PADRE, MADRE Y OTROS FAM.			3	4.7
PADRE, MADRE Y HERMANO	1	3.8	1	1.6
MADRE Y OTROS FAM.			1	1.6
PADRE Y HERMANO	2	7.7	1	1.6
MADRE E HIJO			1	1.6
	26	100	64	100

En la tabla 7 se observan los antecedentes familiares que se presentan en los pacientes, siendo el padre el más frecuente, para los hombres 26.9% como también es el porcentaje más alto para aquellos pacientes que no tienen antecedentes familiares; mientras que el porcentaje más alto de mujeres tampoco tiene antecedentes familiares 34.4%.

TABLA-8: Frecuencias y Porcentajes de los Pacientes con Dermatitis Atópica por contar con Antecedentes de otro padecimiento Psicofisiológico

FAMILIAR	HOMBRES		MUJERES	
	FREC.	%	FREC.	%
MIGRAÑA	2	7.7	11	17.2
PRESIÓN, HIPERTENSIÓN (TENSIÓN, NERVIOSISMO)			4	6.3
CORAZÓN			1	1.6
ASMA			1	1.6
RINITIS, GASTRITIS Y COLITIS	6	23.1	5	7.8
NINGUNO	15	57.1	34	53.1
MIGRAÑA Y RINITIS	1	3.8	4	6.3
MIGRAÑA Y CORAZÓN			1	1.6
PRESIÓN Y RINITIS	1	3.8	1	1.6
PRESIÓN Y ASMA	1	3.8	1	1.6
ASMA Y RINITIS			1	1.6
MIGRAMA Y ASMA			1	1.6
	26	100	64	100

En la tabla 8 se observan los antecedentes de otros padecimientos psicofisiológicos en el paciente, el mayor porcentaje de hombres 57.1% no tiene antecedentes de otro padecimiento; mientras que el porcentaje más alto de mujeres 53.1%, tampoco tiene antecedentes de enfermedades psicofisiológicas.

En la Tabla 9-A, se observan las frecuencias obtenidas para los sucesos de vida ocurridos recientemente a los pacientes con dermatitis atópica, en donde se observa que:

La mayor frecuencia de los sucesos vividos como *negativos* por los pacientes se encuentra en los sucesos:

- "Exceso de trabajo" (R66), tanto para los hombres como para las mujeres.
- "Problemas Familiares" (R63), para las mujeres.

La mayor frecuencia de los sucesos vividos como *positivos* por los pacientes se encuentra en los sucesos:

- "Algún logro personal" (R69), tanto para los hombres como para las mujeres.
- "Cambio en las condiciones de vida" (R72), para los hombres.
- "Inicio o fin de los estudios" (R71), tanto para los hombres como para las mujeres.
- "Embarazo" (R56), para los hombres.
- "Cambio en la actividad laboral" (R62), para las mujeres.

La mayor frecuencia de los sucesos vividos como *indiferentes* por los pacientes se encuentra en los sucesos:

- "Problemas en la situación económica" (R60), tanto para los hombres como para las mujeres.
- "Problemas o pérdidas en los negocios" (R59), tanto para los hombres como para las mujeres.
- "Enfermedad personal" (R50), tanto para los hombres como para las mujeres.
- "Muerte de un miembro de la familia" (R49), para los hombres.
- "Ha sido asaltado o golpeado" (R78), para los hombres.
- "Cambio en las condiciones de vida" (R72), para las mujeres.
- "Enfermedad de un miembro de la familia" (R55), para las mujeres.

TABLA 9-A: FRECUENCIA DE LOS SUCESOS REPORTADOS POR LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

CONTENIDO DE LOS SUCESOS		FRECUENCIA DE LOS SUCESOS:				FRECUENCIA DE LOS SUCESOS:			
		HOMBRES N=26				MUJERES N=64			
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA DE PAREJA									
		POSITIVO	NEGATIVO	INDIFERENTE	NO OCURRIÓ	POSITIVO	NEGATIVO	INDIFERENTE	NO OCURRIÓ
R45	MUERTE DE ESPOSO (A)				26				64
R46	DIVORCIO		1		25				64
R47	SEPARACIÓN MARITAL				26	4		2	58
R51	MATRIMONIO	2	1		23	2		1	61
R53	REENCUENTRO MARITAL	1			25	1		3	60
R70	ESPOSO (A) ACABA DE EMPEZAR A TRABAJAR				26	4		4	56
R82	PROBLEMAS CON LA PAREJA			5	21			14	50
R84	YO BEBO, ESPOSO BEBE O ALGÚN FAMILIAR			1	25			4	60
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA DE RELACIONES FAMILIARES									
R49	MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	1		8	17	1		15	48
R55	ENFERMEDAD DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA		1	4	21	2		18	44
R58	UN NUEVO MIEMBRO EN LA FAMILIA	1		5	20	3	2	5	54
R63	PROBLEMAS FAMILIARES		2	7	17		10	14	40
R67	UN HIJO O HIJA SE FUE DE CASA				26			4	60
R68	PROBLEMAS CON LOS PARIENTES POLÍTICOS			3	23			15	49
R72	CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA	6		4	16	7	2	27	28
R83	PREOCUPACIÓN POR PROBLEMAS QUE TIENE FAMILIA DE ORIGEN			1	25			9	55
R84	YO BEBO, ESPOSO BEBE O ALGÚN FAMILIAR			1	25			4	60
R87	PROBLEMAS MADRE-HIJO (VICEVERSA)			2	24			8	56
R88	SE FUE O LO (A) CORRIERON DE CASA				26			6	58

CONTENIDO DE LOS SUCESOS		FRECUENCIA DE LOS SUCESOS:				FRECUENCIA DE LOS SUCESOS:			
		HOMBRES N=26		MUJERES N=64		HOMBRES N=26		MUJERES N=64	
		POSITIVO	NEGATIVO	INDIFERENTE	NO OCURRIÓ	POSITIVO	NEGATIVO	INDIFERENTE	NO OCURRIÓ
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA DE LOGROS									
R69	ALGÚN LOGRO PERSONAL	14			12	24	2	2	36
R71	INICIO O FIN DE LOS ESTUDIOS	5	1		20	15		6	43
R85	PRESIÓN O PROBLEMAS EN LA ESCUELA		3	23				9	55
R86	NO ENTRO A LA UNAM			26				1	63
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA DE SALUD									
R50	ENFERMEDAD PERSONAL	1	1	9	15	1		29	34
R76	CAMBIO EN EL HÁBITO DE DORMIR	2		5	19	3	2	12	47
R77	CAMBIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS	3		4	19	9	2	13	40
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA LABORAL									
R52	DESPEDIDO DEL TRABAJO			5	21			2	62
R54	JUBILACIÓN				26			1	63
R59	PROBLEMAS O PERDIDAS EN LOS NEGOCIOS			11	15			18	46
R62	CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL	4	2	2	18	11	1	6	46
R66	EXCESO DE TRABAJO		5	5	16	1	5	9	49
R73	PROBLEMAS O PRESIÓN EN EL TRABAJO	1	1	4	20	1		7	56
R81	DESEMPLEO			2	24			15	49
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA SEXUAL									
R56	EMBARAZO (EMBARAZO A SU PAREJA)	5	1	1	19	3		1	60
R57	DIFICULTADES SEXUALES	1		6	19			13	51

TABLA 9-A: CONTINUACIÓN

CONTENIDO DE LOS SUCESOS	FRECUENCIA DE LOS SUCESOS:				FRECUENCIA DE LOS SUCESOS:			
	HOMBRES N=26				MUJERES N=64			
	POSITIVO	NEGATIVO	INDIFERENTE	NO OCURRIÓ	POSITIVO	NEGATIVO	INDIFERENTE	NO OCURRIÓ
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA ECONÓMICA								
R59			11	15			18	46
R60			16	10		1	52	11
R64			4	22		1	8	55
R65			1	25		2	7	55
R72	6		4	16	7	2	27	28
R74	2		1	23	5		6	53

REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA SOCIAL

R48			2	1	23			64
R61				5	21	1	1	4
R78			1	8	17		1	9
R85				3	23			9
R86					26		1	63

NOTA: EL formato de la tabla por áreas es de acuerdo a la clasificación que hace Lucio, Bravo, y Loza, (en prensa).

En la Tabla 9-B, se observan los porcentajes obtenidos para los sucesos de vida ocurridos recientemente a los pacientes con dermatitis atópica, en donde se observa que:

A mayor frecuencia de los sucesos vividos como *negativos* por los pacientes se encuentra en los sucesos:

- "Exceso de trabajo" (R66), por el 19.2 % de los hombres, y por el 7.8 % de las mujeres.
- "Problemas Familiares" (R63), por el 15.6 % de las mujeres.

La mayor frecuencia de los sucesos vividos como *positivos* por los pacientes se encuentra en los sucesos:

- "Algún logro personal" (R69), por el 53.8% de los hombres y por el 37.5% de las mujeres.
- "Cambio en las condiciones de vida" (R72), por el 23.0 % de los hombres.
- "Inicio o fin de los estudios" (R71), por el 19.2 % de los hombres y por el 23.4 % de las mujeres.
- "Embarazo" (R56), por el 19.2 de los hombres.
- "Cambio en la actividad laboral" (R62), por el 17.1 % de las mujeres.

La mayor frecuencia de los sucesos vividos como *indiferentes* por los pacientes se encuentra en los sucesos:

- "Problemas en la situación económica" (R60), por el 61.5 % de los hombres y por el 81.2% de las mujeres.
- "Problemas o pérdidas en los negocios" (R59), por el 42.3 % de los hombres y por el 28.1% de las mujeres.
- "Enfermedad personal" (R50), por el 34.6 % de los hombres y por el 45.3 % de las mujeres.
- "Muerte de un miembro de la familia" (R49), por el 30.7 % de los hombres.
- "Ha sido asaltado o golpeado" (R78), por el 30.7 % de los hombres.
- "Cambio en las condiciones de vida" (R72), por el 42.1 % de las mujeres.
- "Enfermedad de un miembro de la familia" (R55), por el 28.1 % de las mujeres.

TABLA 9-B: PORCENTAJES DE LA OCURRENCIA DE SUCESOS, REPORTADOS POR LOS PACIENTES, DE ACUERDO AL IMPACTO QUE CAUSARON EN LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

CONTENIDO DE LOS SUCESOS		% PORCENTAJES DE LOS SUCESOS				% PORCENTAJES DE LOS SUCESOS:			
		HOMBRES N=26		MUJERES N=64		HOMBRES N=26		MUJERES N=64	
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA DE PAREJA									
		POSITIVO	NEGATIVO	INDIFERENTE	TOTAL	POSITIVO	NEGATIVO	INDIFERENTE	TOTAL
R45	MUERTE DE ESPOSO (A)								
R46	DIVORCIO		3.8%		3.8%				
R47	SEPARACIÓN MARITAL					6.2%			3.1%
R51	MATRIMONIO	7.6%	3.8%		11.4%	3.1%			4.6%
R53	REENCUENTRO MARITAL	3.8%			3.8%	1.5%			6.1%
R70	ESPOSO (A) ACABA DE EMPEZAR A TRABAJAR					6.2%			12.4%
R82	PROBLEMAS CON LA PAREJA			19.2%	19.2%				21.8%
R84	YO BEBO, ESPOSO BEBE O ALGÚN FAMILIAR			3.8%	3.8%				6.2%
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA DE RELACIONES FAMILIARES									
R49	MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	3.8%		30.8%	34.6%	1.5%			23.4%
R55	ENFERMEDAD DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA		3.8%	15.3%	19.1%	3.1%			28.1%
R58	UN NUEVO MIEMBRO EN LA FAMILIA	3.8%		19.2%	23%	4.6%	3.1%		15.5%
R63	PROBLEMAS FAMILIARES		7.6%	26.9%	34.5%		15.6%		37.4%
R67	UN HIJO O HIJA SE FUE DE CASA								6.2%
R68	PROBLEMAS CON LOS PARIENTES POLÍTICOS			11.5%	11.5%				23.4%
R72	CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA	23.0%		15.3%	38.3%	10.9%	3.1%		56.1%
R83	PREOCUPACIÓN POR PROBLEMAS QUE TIENE FAMILIA DE ORIGEN			3.8%	3.8%				14.0%
R84	YO BEBO, ESPOSO BEBE O ALGÚN FAMILIAR			3.8%	3.8%				6.2%
R87	PROBLEMAS MADRE-HIJO (VICEVERSA)			7.6%	7.6%				12.5%
R88	SE FUE O LO (A) CORRIERON DE CASA								9.3%

CONTENIDO DE LOS SUCESOS		% PORCENTAJES DE LOS SUCESOS:				% PORCENTAJES DE LOS SUCESOS:			
		HOMBRES N=26		MUJERES N=64		HOMBRES N=26		MUJERES N=64	
		POSITIVO	NEGATIVO	INDIFERENTE	TOTAL	POSITIVO	NEGATIVO	INDIFERENTE	TOTAL
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA DE LOGROS									
R69	ALGÚN LOGRO PERSONAL	53.8%			53.8%	37.5%	3.1%	3.1%	43.7%
R71	INICIO O FIN DE LOS ESTUDIOS	19.2%		3.8%	23.0%	23.4%		9.3%	32.7%
R85	PRESIÓN O PROBLEMAS EN LA ESCUELA			11.5%	11.5%			14.0%	14.0%
R86	NO ENTRÓ A LA UNAM							1.5%	1.5%
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA DE SALUD									
R50	ENFERMEDAD PERSONAL	13.8%	3.8%	34.6%	42.2%	1.5%		45.3%	46.8%
R76	CAMBIO EN EL HÁBITO DE DORMIR	7.6%		19.2%	26.8%	4.6%	3.1%	18.8%	26.5%
R77	CAMBIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS	11.5%		15.3%	26.8%	14.0%	3.1%	20.3%	37.4%
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA LABORAL									
R52	DESPEDIDO DEL TRABAJO			15.3%	15.3%			3.1%	3.1%
R54	JUBILACIÓN							1.5%	1.5%
R59	PROBLEMAS O PERDIDAS EN LOS NEGOCIOS			42.3%	42.3%			28.1%	28.1%
R62	CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL	15.3%	7.6%	7.6%	30.5%	17.1%	1.5%	9.3%	65.3%
R66	EXCESO DE TRABAJO		19.2%	19.2%	38.4%	1.5%	7.8%	14.0%	23.3%
R73	PROBLEMAS O PRESIÓN EN EL TRABAJO	3.8%	3.8%	15.3%	22.9%	1.5%		10.9%	12.4%
R81	DESEMPLEO			7.6%	7.6%			23.4%	23.4%
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA SEXUAL									
R56	EMBARAZO (EMBARAZÓ A SU PAREJA)	19.2%	3.8%	3.8%	26.8%	4.6%		1.5%	6.1%
R57	DIFICULTADES SEXUALES	3.8%		23.0%	26.8%			20.3%	20.3%

TABLA 9-B: CONTINUACIÓN

CONTENIDO DE LOS SUCESOS	% PORCENTAJES DE LOS SUCESOS:			% PORCENTAJES DE LOS SUCESOS:				
	HOMBRES N=26			MUJERES N=64				
	POSITIVO	NEGATIVO	INDIFERENTE	TOTAL	POSITIVO	NEGATIVO	INDIFERENTE	TOTAL
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA ECONÓMICA								
R59	PROBLEMAS O PERDIDAS EN LOS NEGOCIOS		42.3%	42.3%			28.1%	28.1%
R60	PROBLEMAS EN LA SITUACIÓN ECONÓMICA		61.5%	61.5%		1.5%	81.2%	82.7%
R64	SE ENDEUDO FUERTEMENTE		15.3%	15.3%		1.5%	12.5%	14.0%
R65	INCAPACIDAD PARA PAGAR HIPOTECA O PRÉSTAMO		3.8%	3.8%		3.1%	10.9%	13.0%
R72	CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA	23.0%	15.3%	38.3%	10.9%	3.1%	42.1%	56.1%
R74	CAMBIO DE CASA	7.6%	3.8%	11.4%	7.8%		9.3%	17.1%

REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA SOCIAL

R48	ESTUVO EN LA CARCEL		7.6%	3.8%	11.4%			
R61	MUERTE DE UN AMIGO CERCANO			19.2%	19.2%	1.5%	1.5%	6.2%
R78	HA SIDO ASALTADO O GOLPEADO		3.8%	30.8%	34.6%		1.5%	14.0%
R85	PRESIÓN O PROBLEMAS EN LA ESCUELA			11.5%	11.5%			14.0%
R86	NO ENTRO A LA UNAM							1.5%

NOTA: EL formato de la tabla por áreas es de acuerdo a la clasificación que hace Lucio, Bravo, y Loza , (en prensa) .

En la tabla 9-C se observan los porcentajes de la ocurrencia de los sucesos reportados por los pacientes con dermatitis atópica, en donde se observa que:

para el *área de pareja* los porcentajes para cada suceso se distribuyen de la siguiente manera:

-En las mujeres, el suceso más reportado es: "Matrimonio", con un porcentaje de 7.3% .

-En las mujeres, los sucesos: "Separación marital", "Esposo acaba de empezar a trabajar" y "Yo bebo, esposo bebe o algún familiar bebe", se presentan en un 4.8%.

-Para el caso de los hombres no se encuentran reportados estos sucesos.

Para el *área de Relaciones familiares* los porcentajes para cada suceso se distribuyen de la siguiente manera:

-El suceso "Un nuevo miembro en la familia", es él más reportado, con un 26.8% en los hombres.

-El suceso "Muerte de un miembro de la familia" y "Problemas familiares", con un 17.05% en los hombres.

Mientras que para las mujeres el suceso más reportado es:

- "Problemas con los parientes políticos", con un 54%.

- "Muerte de un miembro de la familia", con un 26.8%, en las mujeres y el suceso "Problemas Madre-hijo" con un 21.9%, también en las mujeres.

Para el *área de Logros* los porcentajes para cada suceso se distribuyen de la siguiente manera:

-Para los hombres el suceso más reportado el "Presión o problemas en la escuela", con un 21.9%, siguiendo el suceso "Inicio o fin de los estudios", con un 12.1% y por último el suceso "Algún logro personal" con un 7.3%.

-Para las mujeres el suceso más reportado es "Inicio o fin de los estudios", con un 36.5%, siguiendo el suceso "Presión o problemas en la escuela", con un 17.0 % y por último el suceso "Algún logro personal" con un 9.35%.

Para *el área de Salud* los porcentajes para cada suceso se distribuyen de la siguiente manera:

Para las mujeres el suceso más reportado es "Enfermedad personal", con un 21.9%; siguiendo el suceso "Cambio de Hábitos alimenticios", con un 17.05 y por último el suceso "Cambio de Hábitos alimenticios", con un 2.4%.

-Para el caso de los hombres no se encuentran reportados estos sucesos.

Para *el área laboral* los porcentajes para cada suceso se distribuyen de la siguiente manera:

Para los hombres el suceso más reportado es "Cambio de actividad laboral", con un 7.3%, siguiendo los sucesos: "Despedido del trabajo", "Exceso de trabajo" y "Problemas o presión en el trabajo", con un 4.8%.

Para el caso de las mujeres "Exceso de trabajo" y "Problemas o presión en el trabajo", con un 7.3%; y el suceso "Cambio de actividad laboral", se presenta con un 2.4%.

Para *el área Sexual* los porcentajes para cada suceso se distribuyen de la siguiente manera:

El Suceso más reportado es "Embarazo", con un 51.7%, para las mujeres y le sigue el suceso "Dificultades Sexuales" con un 19.5%.

Para el caso de los hombres sólo se reporta el suceso "Dificultades Sexuales", con un 14.6%.

Para *el área Económica* los porcentajes para cada suceso se distribuyen de la siguiente manera:

En los hombres encontramos como los sucesos más reportados: "Se endeudo fuertemente" y "Cambio de casa", con un 2.4%.

Mientras que para las mujeres el suceso más reportado es "Se endeudo fuertemente", con un 14.6%, siguiendo el suceso "Problemas en la situación económica", con un 7.3% y por último el suceso "Incapacidad para pagar hipoteca o préstamo", con un 2.4%.

Para *el área social* los porcentajes para cada suceso se distribuyen de la siguiente manera:

Para el caso de los hombres encontramos como el suceso más reportado, "Estuve en la cárcel", con un 19.5%.

Para las mujeres encontramos que los sucesos más reportados son "Presión o problemas en la escuela", con un 17.0%, siguiendo "Muerte de un amigo cercano" y "Ha sido asaltado o golpeado", con un 2.4%.

TABLA 9-C: PORCENTAJES DE LA OCURRENCIA DE SUCESOS, REPORTADOS POR LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA.

CONTENIDO DE LOS SUCESOS		% PORCENTAJES DE LOS SUCESOS: HOMBRES N=26	% PORCENTAJES DE LOS SUCESOS: MUJERES N=64
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA DE PAREJA			
R45	MUERTE DE ESPOSO (A)		
R46	DIVORCIO		
R47	SEPARACIÓN MARITAL		4.8%
R51	MATRIMONIO		7.3%
R53	REENCUENTRO MARITAL		
R70	ESPOSO (A) ACABA DE EMPEZAR A TRABAJAR		4.8%
R82	PROBLEMAS CON LA PAREJA		2.4%
R84	YO BEBO, ESPOSO BEBE O ALGÚN FAMILIAR		4.8%
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA DE RELACIONES FAMILIARES			
R49	MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	17.05	26.8%
R55	ENFERMEDAD DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	2.4%	
R58	UN NUEVO MIEMBRO EN LA FAMILIA	26.8%	4.8%
R63	PROBLEMAS FAMILIARES	17.0%	17.0%
R67	UN HIJO O HIJA SE FUE DE CASA		2.4%
R68	PROBLEMAS CON LOS PARIENTES POLÍTICOS	4.8%	54.0%
R72	CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA		
R83	PREOCCUPACIÓN POR PROBLEMAS QUE TIENE FAMILIA DE ORIGEN		
R84	YO BEBO, ESPOSO BEBE O ALGÚN FAMILIAR		4.8%
R87	PROBLEMAS MADRE-HIJO (VICEVERSA)	4.8%	21.9%
R88	SE FUE O LO (A) CORRIERON DE CASA		4.8%

TABLA 9-C: CONTINUACIÓN		
CONTENIDO DE LOS SUCESOS	% PORCENTAJES DE LOS SUCESOS: HOMBRES N=26	% PORCENTAJES DE LOS SUCESOS: MUJERES N=64
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA DE LOGROS		
R69 ALGÚN LOGRO PERSONAL	7.3%	9.85
R71 INICIO O FIN DE LOS ESTUDIOS	12.1%	36.5%
R85 PRESIÓN O PROBLEMAS EN LA ESCUELA	21.9%	17.0%
R86 NO ENTRÓ A LA UNAM		
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA DE SALUD		
R50 ENFERMEDAD PERSONAL		21.9%
R76 CAMBIO EN EL HÁBITO DE DORMIR		2.4%
R77 CAMBIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS		17.0%
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA LABORAL		
R52 DESPEDIDO DEL TRABAJO	4.8%	
R54 JUBILACIÓN		
R59 PROBLEMAS O PERDIDAS EN LOS NEGOCIOS		
R62 CAMBIO DE ACTIVIDAD LABORAL	7.3%	2.4%
R66 EXCESO DE TRABAJO	4.8%	7.3%
R73 PROBLEMAS O PRESIÓN EN EL TRABAJO	4.8%	7.3%
R81 DESEMPLEO		
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA SEXUAL		
R56 EMBARAZO (EMBARAZÓ A SU PAREJA)		51.7%
R57 DIFICULTADES SEXUALES	14.6%	19.5%

TABLA 9-C: CONTINUACIÓN

CONTENIDO DE LOS SUCESOS		% PORCENTAJES DE LOS SUCESOS HOMBRES N=26	% PORCENTAJES DE LOS SUCESOS: MUJERES N=64
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA ECONÓMICA			
R59	PROBLEMAS O PERDIDAS EN LOS NEGOCIOS		
R60	PROBLEMAS EN LA SITUACIÓN ECONÓMICA		7.3%
R64	SE ENDEUDO FUERTEMENTE	2.4 %	14.6%
R65	INCAPACIDAD PARA PAGAR HIPOTECA O PRÉSTAMO		2.4%
R72	CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA		
R74	CAMBIO DE CASA	2.4%	
REACTIVOS QUE CORRESPONDEN AL ÁREA SOCIAL			
R48	ESTUVO EN LA CÁRCEL	19.5%	
R61	MUERTE DE UN AMIGO CERCANO		2.4%
R78	HA SIDO ASALTADO O GOLPEADO		2.4%
R85	PRESIÓN O PROBLEMAS EN LA ESCUELA		17.0%
R86	NO ENTRO A LA UNAM		

NOTA: EL formato de la tabla por áreas es de acuerdo a la clasificación que hace Lucio, Bravo, y Loza, (en prensa).

En la tabla 9-D se observan los porcentajes de la elevación, reportada por los pacientes con dermatitis atópica, en las escalas del MMPI-2, en donde se observa que para el grupo de pacientes, *hombres*, las escalas más reportadas son:

En el grupo de escalas básicas: L (23%), K (23%), Pt (15.3%), Es (15.3%) y Ma (15.3%). En el grupo de escalas de contenido: PAS (33.3%), DEP, CIN , PTA, ISO y FAM (20.0%). Y en las escalas suplementarias: Rs (33.3%), A y GF(25.0%).

Para el caso de las pacientes, *mujeres*, con dermatitis atópica, se observa que las escalas más reportadas son: en el grupo de escalas básicas son: L (61.5%); F, K, Hi, Pa y Es (38.4%). En el grupo de escalas de contenido encontramos como escalas más reportadas a: ANS y ENJ (53.3%), SAL y FAM (46.6%); y DTR(40.0%). En el grupo de escalas suplementarias encontramos: Fyo (58%), Do y EPS (41.6), Hr y GF (33.3%).

TABLA 9-D: PORCENTAJES DE ELEVACIÓN DE LAS ESCALAS DEL MMPI-2, DE ACUERDO A LAS CORRELACIONES ENCONTRADAS CON LOS SUCESOS DE VIDA, REPORTADAS, POR LOS PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA.

% DE ELEVACIÓN DE LAS ESCALAS BÁSICAS		% DE ELEVACIÓN DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO			% DE ELEVACIÓN DE LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS			
HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
L	23.0 %	61.5 %	ANS	13.3 %	53.3 %	A	25.0 %	25.0 %
F	7.6 %	38.4 %	MIE		13.3 %	R	8.3 %	16.6 %
K	23.0 %	38.4 %	OBS	13.3 %	20.0 %	Fyo	16.6 %	58.0 %
Hs	7.6 %	15.3 %	DEP	20.0 %	20.0 %	A _{MAC}	16.6 %	25.0 %
D		15.3 %	SAL	6.6 %	46.6 %	Hr	16.6 %	33.0 %
Hi	7.6 %	38.4 %	DEL	6.6 %	26.6 %	Do	16.6 %	41.6 %
Dp		15.3 %	ENJ	13.3 %	53.3 %	Rs	33.3 %	25.0 %
Mf	7.6 %	15.3 %	CIN	20.0 %	20.0 %	Dpr	8.3 %	25.0 %
Pa		38.4 %	PAS	33.3 %	26.6 %	GM		25.0 %
Pt	15.3 %	30.8 %	PTA	20.0 %	26.6 %	GF	25.0 %	33.0 %
Es	15.3 %	38.4 %	BAE	13.3 %	6.6 %	EPK	16.6 %	25.0 %
Ma	15.3 %	7.6 %	ISO	20.0 %		EPS	16.6 %	41.6 %
Is	7.6 %	15.3 %	FAM	20.0 %	46.6 %			
			DTR		40.0 %			
			RTR	6.6 %	26.6 %			

Como segundo análisis estadístico se obtuvieron medidas de tendencia central como: medias y desviaciones estándar para cada una de las escalas del MMPI-2 (clínicas y de validez, de contenido y suplementarias), para posteriormente convertir los datos en puntajes T Uniformes y obtener el perfil de personalidad, para hombres y para mujeres, por separado, de los pacientes con dermatitis atópica.

Tabla-10: Medias y Desviaciones Estándar para un grupo de Pacientes con Dermatitis atópica. Escalas Básicas del MMPI-2

ESCALAS	HOMBRES (N=26)		MUJERES (N=64)	
	MEDIA	D. E.	MEDIA	D. E.
L	5.3	2.7	4.9	2.4
F	12.1	5.9	10.0	6.7
K	12.1	4.9	12.5	5.3
Hs	16.9	4.1	18.6	4.8
D	23.8	5.4	25.4	5.1
Hi	22.5	5.8	24.2	5.5
Dp	25.8	5.0	24.8	4.8
Mf	26.1	3.9	30.1	3.6
Pa	12.2	4.1	12.2	4.3
Pt	32.0	5.3	32.5	5.6
Es	37.1	8.8	34.9	8.3
Ma	23.9	5.2	22.0	4.2
Is	32.3	8.1	32.8	9.1

En la Tabla 10 se observa que las medias y desviaciones estándar más altas para los hombres se encuentran en las escalas básicas: Es, Is, Pt, , Mf y Dp. En las Mujeres las medias mas altas se encuentran en las escalas Es, Is, Pt y Mf.

TABLA- 11: Medias y Desviaciones Estándar para un Grupo de Pacientes con Dermatitis atópica. Escalas de Contenido del MMPI-2

ESCALAS	HOMBRES (N=26)		MUJERES (N=64)	
	MEDIA	D. E.	MEDIA	D.E.
ANS	11.6	3.9	12.0	5.4
MIE	7.1	4.3	10.6	4.8
OBS	8.6	3.6	7.9	3.8
DEP	11.8	6.4	12.0	6.3
SAL	11.1	4.5	12.6	5.5
DEL	6.0	3.6	5.0	3.9
ENJ	8.2	3.9	8.3	3.8
CIN	15.1	4.4	13.9	4.9
PAS	12.4	3.7	10.1	30.8
PTA	11.0	3.7	10.1	3.6
BAE	8.6	4.4	8.4	4.9
ISO	11.0	4.8	8.6	4.7
FAM	10.6	5.4	9.1	4.9
DTR	12.3	5.6	12.6	6.8
RTR	9.9	5.4	8.9	5.2

En la Tabla 11 se observan las medias, obtenidas para las escalas de contenido del MMPI-2, en el grupo de pacientes con dermatitis atópica hombres, siendo las medias más altas: CIN, DTR y PAS, y para las mujeres las medias obtenidas mas altas son: CIN, DTR, SAL , DEP y ANS.

TABLA -12: Medias y Desviaciones Estándar para un grupo de Pacientes con Dermatitis atópica. Escalas Suplementarias del MMPI-2

ESCALAS	HOMBRES (N=26)		MUJERES (N=64)	
	MEDIA	D. E	MEDIA	D.E
A	18.5	7.8	18.5	9.2
R	15.6	5.7	18.0	3.9
Fyo	31.8	5.7	29.6	6.7
A-Mac	22.7	4.8	21.0	4.1
Hr	13.2	2.2	14.5	3.3
Do	13.0	2.6	13.1	3.3
Rs	17.9	3.9	19.4	3.7
Dpr	19.3	6.2	20.1	7.8
GM	31.6	6.1	24.4	6.8
GF	25.9	3.8	34.6	4.0
EPK	17.4	8.3	15.7	8.6
EPS	24.4	11.0	22.3	11.9
Fp	7.9	7.0	6.8	5.6
INVAR	8.4	2.9	8.3	2.8
INVER	9.8	.77	9.8	.86

En la Tabla 12 las medias más altas para las escalas Suplementarias del MMPI-2 del grupo de pacientes con dermatitis atópica, hombres fueron: Fyo, GM, GF y EPS, para las mujeres son: GF, Fyo, GM, y EPS.

Como tercer análisis estadístico se llevó a cabo una correlación de Spearman para determinar si existía relación entre las características de personalidad medidos a través del MMPI-2 y los sucesos de vida obtenidos del grupo de pacientes; los resultados se presentan por grupos de escalas clínicas, de contenido y suplementarias; y de esta manera dar respuesta a las hipótesis planteadas en la presente investigación, en donde se presentan aquellas correlaciones que resultaron estadísticamente significativas al .01 y al .05 para el grupo pacientes hombres, los resultados se observan en las tablas 13, 14 y 15 para el grupo de pacientes mujeres las correlaciones resultantes se observan en las tablas 16, 17 y 18.

TABLA- 13: CORRELACIONES ENTRE LAS ESCALAS BASICAS DEL MMPI-2 Y LOS SUCESOS DE VIDA. HOMBRES

	L	F	K	Hs	Hi	Mf	Pt	Es	Ma	Is
R48		.37*					.41*	.43*		
R49				.45*	.59**		.44*			
R52						.48**				
R57	-.40*		-.40*							
R58	-.39*		-.42*						.57*	
R62	.38*									.38*
R68									.46**	
R69			.40*							
R85										-.52**

En la tabla 13 se presentan las correlaciones obtenidas entre los sucesos de vida y las escalas básicas del MMPI-2, para el grupo de pacientes (hombres) con dermatitis atópica, encontrándose correlaciones estadísticamente significativas al .01 (**) y al .05 (*), siendo las correlaciones más altas entre: el reactivo "Muerte de un miembro de la familia" (R49) con la escala de histeria (Hi); el reactivo "Despedido del trabajo" (52) con la escala Masculinidad Femeneidad (Mf); el reactivo "Problemas con los parientes políticos" (R68) con la escala Mania (Ma) y el reactivo "Presión o problemas en la escuela" (R85) con la escala de Introversión social (Is).

TABLA-14: CORRELACIONES ENTRE LAS ESCALAS DE CONTENIDO DEL MMPI-2 Y LOS SUCESOS DE VIDA. HOMBRES

	ANS	OBS	DEP	SAL	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	RTR
R48										.51**		.40*	
R49			.42*	.53**									
R55	.48**												
R57	.44*						.52**	.38*					
R58		.38*			.47**		.51**	.54**					
R62							.37*						
R63		.46**	.40*					.50**				.53**	
R69													
R71													
R73								.38*	.38*				
R85			-.40*					-.42*	-.46*		-.49**	-.38*	-.43*
R87											.42*		

En la Tabla 14 se presentan las correlaciones obtenidas entre los sucesos de vida y las escalas de contenido del MMPI-2, para el grupo de pacientes (hombres) con dermatitis atópica, encontrándose correlaciones estadísticamente significativas al .01 (**) y al .05 (*), siendo las correlaciones más altas entre: el reactivo "estuvo en la cárcel" (R48) con la escala Baja autoestima (BAE); el reactivo "Muerte de un miembro de la familia" (49) con la escala Preocupaciones por la salud (SAL); El reactivo "Enfermedad de un miembro de la familia"(R55) con la escala de Ansiedad (ANS); el reactivo "Dificultades sexuales" (R57) con la escala de Cinismo (CIN); el reactivo "Un nuevo miembro en la familia" (R58) con las escalas Pensamiento delirante, Cinismo y Prácticas antisociales (DEL, CIN y PAS); el reactivo "Problemas familiares" (63) con la escala Obsesividad, Prácticas antisociales y Problemas familiares (OBS, PAS y FAM); y el reactivo "Presión o problemas en la escuela" (R85) con la escala Inconformidad social (ISO).

TABLA-16: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESCALAS BÁSICAS DEL MMPI-2 Y LOS SUCESOS DE VIDA. MUJERES

	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
R47	-.27*							.28*					
R49		.26*	-.24*										.24*
R51									.26*				
R56		.30**	-.28*			.28*	.29*		.34**		.26*		
R57		.28*		.30*							.25*		
R58	-.35**												
R62										-.29*			
R64			-.28*			.24*			.43**				
R65								.40**					
R66	-.29*									-.24*			
R68	-.24*	.27*		.25*						.25*	.32**		
R69	-.30**				-.23*								
R70										-.24*	-.25*		
R71		-.27*	.27*			-.24*							
R73									-.24*				-.28*
R77			-.25*										
R81						.25*							
R82	.31**												
R85	-.34**										-.30*	-.26*	
R87					.29*	.26*	.26*						
R88	-.29*								.33**				

En la tabla 16 se presentan las correlaciones obtenidas entre los sucesos de vida y las escalas básicas del MMPI-2, para el grupo de pacientes (mujeres) con dermatitis atópica, encontrándose correlaciones significativas al .01 (**) y al .05(*), siendo las correlaciones más altas entre: el reactivo "Embarazo" (R56) con las escalas Infrecuencia y Paranoia (F y Pa); el reactivo "Un nuevo miembro en la familia" (R58) con la escala Mentiras (L); el reactivo "Se endeudo fuertemente" (R64) con la escala Paranoia (Pa); el reactivo "Incapacidad para pagar hipoteca o préstamo" (R65) con la escala Masculinidad-Femeneidad (Mf); el reactivo "Problemas con los parientes políticos" (R68) con la escala Esquizofrenia (Es); el reactivo "Algún logro personal" (R69) con la escala Mentiras (L); el reactivo "Problemas con la pareja" (R82) con la escala Mentiras (L); el reactivo "Presión o problemas en la escuela" (R85) con la escala Mentiras (L) y el reactivo "Se fue o la corrieron de casa" (R88) con la escala Paranoia (Pa).

	ANS	MIE	OBS	DEP	SAL	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	FAM	DTR	RTR
R49			.29*	.24*					.30*		.33**			
R50			.41**			.25*	.24*			.29*			.25*	.25*
R56	.28*	.29*			.31*	.33**	.30**	.27*		.32**		.28*	.29*	
R57					.30*		.24*					.37**	.24*	
R61	.26*													
R63	.37*						.32**		.31**	.28*		.31**		
R64	.31**												.24*	
R68	.26*		.30*		.25*	.40**	.27*	.28*	.27*			.30**	.28*	.25*
R69	-.27*													
R71	-.34**	-.31**		-.24*	-.29**		-.27*					-.29*	-.27*	-.24*
R77					.27*		.27	.34**	.28*			.31**		
R81												-.26*		-.27*
R84					-.26*									
R85					-.27*	-.27*								
R87	.36**			.25*			.26*			.23*				

En la tabla 17 se presentan las correlaciones obtenidas entre los sucesos de vida y las escalas de contenido del MMPI-2, para el grupo de pacientes (mujeres) con dermatitis atópica, encontrándose correlaciones significativas al .01 (**) y al .5 (*), siendo las correlaciones más significativas entre: el reactivo "Muerte de un miembro de la familia" (R49) con la escala Baja autoestima (BAE); el reactivo "Enfermedad personal" (R50) con las escalas Obsesividad (OBS); el reactivo "Embarazo"(R56) con las escalas Pensamiento delirante, Enojo y Personalidad tipo A (DEL, ENJ y PTA); el reactivo "Dificultades sexuales" (R57) con la escala Problemas Familiares (FAM); el reactivo "Problemas familiares" (R63) con las escalas Enojo, Prácticas Antisociales y Problemas familiares (ENJ, PAS y FAM); el reactivo "Se endeudo Fuertemente" (R64) con la escala Ansiedad (ANS); el reactivo "Problemas con los parientes políticos" (R68) con las escalas Pensamiento delirante y Problemas familiares (DEL y FAM); El reactivo "Inicio o fin de los estudios" (R71) con las escalas Ansiedad, Miedos y Preocupación por la salud (ANS, MIE y SAL); y el reactivo "Cambio de Hábitos alimenticios" (R77) con las escalas Cinismo y Problemas familiares (CIN y FAM) y El reactivo "Problemas Madre-Hija" (R87) con la escala Ansiedad (ANS).

TABLA-18: CORRELACIONES ENTRE LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-2 Y LOS SUCESOS DE VIDA. MUJERES

	A	R	Fyo	A-Mac	Hr	Do	Rs	Dpr	GM	GF	EPK	EPS
R49	.31**								-.31**	-.28*		.27*
R50	.26*		-.30**									.24*
R51							-.24*			-.26*		
R56			-.27*				-.36**	.28*		-.30**	.32**	.30**
R57			-.31**									
R58					-.32**							
R60		-.28*		.34**	-.27*							
R63					-.26*			.28*				
R64											.25*	
R66										-.29*		
R67				-.28*								
R68	.26*		-.33**			-.28*		.26*	-.28*		.27*	.32**
R69						.25*						
R71			.32**	-.34**			.24*					-.28*
R73						.32**						
R76		-.27*										
R77									-.25*			
R78						.29*						
R85			.29*			.26*						
R87			-.23*		-.30**							

En la tabla 18 se presentan las correlaciones obtenidas entre los sucesos de vida y las escalas Suplementarias del MMPI-2, para el grupo de pacientes (mujeres) con dermatitis atópica, encontrándose correlaciones significativas al .01 (**) y al .05 (*), siendo las correlaciones más significativas entre: el reactivo "Muerte de un miembro de la familia"(R49) con las escalas Ansiedad y Género Masculino (ANS y GM); el reactivo "Enfermedad personal" (R50) con la escala Fuerza del yo (Fyo); el reactivo "Embarazo" (R56) con las escalas Responsabilidad Social, Género femenino y Estrés postraumático (Rs, GF, EPK y EPS); el reactivo "Dificultades sexuales" (R57) con la escala Fuerza del yo (Fyo); el reactivo " Un nuevo miembro en la familia" (R58) con la escala Hostilidad reprimida (Hr); el reactivo "Problemas en la situación económica" (R60) con la escala Alcoholismo de MacAndrew (A-Mac); el reactivo "Problemas con los parientes políticos" (R68) con las escalas Fuerza del Yo y Estrés postraumático (Fyo y EPS); el reactivo

"Inicio o Fin de los estudios" (R71) con las escalas Fuerza del Yo y Alcoholismo de MacAndrew (Fyo y A-Mac); el reactivo "Problemas o presión en el trabajo" (R73) con la escala Dominancia(Do) y el reactivo "Problemas Madre-Hija" (R87) con la escala Hostilidad reprimida (Hr).

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo apoya los datos encontrados en relación a la existencia de factores constitucionales en la etiología de la dermatitis atópica, ya que se encontró que aproximadamente el 75% de los pacientes, hombres y mujeres, tienen antecedentes de atópia, en algún familiar; el 50% de los hombres y mujeres padecen otra enfermedad psicofisiológica además de la dermatitis. Estos datos confirman lo que Coca (1931) decía en relación a que estos pacientes tienen personalidad atópica (que se refiere a formas de reacción de hipersensibilidad inespecífica y constitucional); es decir es un padecimiento que se hereda y que tiene un patrón poligénico con expresión variable, condición que apoya la expresión familiar. Se plantea como posibilidad la dermatitis como un fenotipo con varias posibilidades genóticas, (Saúl, 1986). Además en el grupo de pacientes se encontró alta incidencia de sucesos estresantes y manifestación de ansiedad, lo que coincide con el estudio de Baldaro (1987) en estados unidos en donde correlacionó sucesos estresantes y niveles de ansiedad de los pacientes, encontrando los mismos resultados que el presente estudio, (en Stoidemire, (1991).

Es claro que en los datos, reportados por los pacientes hay una tendencia hacia la incidencia de los sucesos estresantes en el área familiar, esto nos habla del papel tan importante que juega la familia en la salud o bienestar de los sujetos en general, como un aspecto cultural de los mexicanos, aparentemente a este grupo de pacientes les afecta de manera muy particular, el funcionamiento de su familia, por sus características de personalidad.

Lo anterior, nos indica que la dermatitis es un padecimiento en cuya etiología intervienen múltiples factores. Es importante considerar que de acuerdo a investigaciones anteriores, las características de personalidad de estos pacientes determinan su manera de responder ante ciertas situaciones estresantes. Se ha encontrado que los pacientes con dermatitis atópica comparten ciertas características, entre las cuales se han observado, irritabilidad, ansiedad, depresión, aislamiento, susceptibilidad e introversión, lo cual, nos permite considerarlos como un grupo homogéneo, por lo que se puede pensar que dentro de la etiología del padecimiento encontramos como otro factor importante las características de personalidad de los sujetos, (Santamaria,1978; Schech, Florin; Rudolph; Wilhelm, 1993 y Gallegos 1995). Dichas características determinan la manera de responder, tanto conductualmente como

afectiva o emocionalmente, de cada sujeto. Por tanto el experimentar las situaciones externas como estresantes o no, va a ser diferente a otros grupos de individuos que enfrentan y viven emocionalmente las situaciones de otra manera, es decir, aunque la manera de reaccionar, de este grupo, a determinada situación es similar, en el presente estudio se encontró además que la ocurrencia de sucesos afecta más a algunos que a otros, de acuerdo al área de su vida de que se trate.

De acuerdo a los estudios antes revisados resulta evidente que no existe un factor determinante en la etiología del padecimiento de Dermatitis atópica, por ello el presente estudio se ocupó de tratar de encontrar indicadores (estresores sociales, características de personalidad) que al interactuar promueven o incrementen los síntomas en el sujeto.

Es así que se corrobora la primera hipótesis en la que se planteó: encontrar como escalas pico del perfil, en el grupo de escalas **Básicas** del MMPI-2 a las escalas: F, 1, 2, 6, 7, 8 y 0; en el grupo de escalas de **contenido**: ANS, DEP, SAL, DEL, ENJ y BAE; y en las escalas **suplementarias**: A, R, EPK y EPS; por ser las escalas relacionadas con las características de personalidad reportadas anteriormente, en los estudios realizados con pacientes atópicos.

En el presente estudio, se encontró que la clave del perfil para el grupo de pacientes **hombres** es: -8 1 2 7 /9 4 6 0 3 5; F L K , en las escalas de contenido encontramos como escalas mas altas a las siguientes escalas: Problemas familiares, Ansiedad y Depresión (FAM, ANS y DEP); para las escalas suplementarias encontramos como escalas más altas: Las escalas de Desorden de estrés postraumático y la escala de Desajuste profesional (EPS, EPK, y Dpr).

Algunos de estos datos coinciden con las investigaciones antes realizadas en donde se reporta en pacientes con dermatitis atópica rasgos de personalidad como: depresión, preocupación, desconfianza, hostilidad, ansiedad, aislamiento, pensamiento fantasioso, baja autoestima, enojo y agresión encubiertos, así como tensión y estrés, en Santamaria, (1978); Lipowiski, (1990); Stoudemire, (1990) y Gallegos, (1996). Además reportan datos relacionados con Problemas familiares (escala FAM), lo cual resulta novedoso en lo referente a los datos encontrados hasta la fecha, con este tipo de pacientes.

Para el grupo de pacientes **mujeres** la clave del perfil es muy similar a la obtenida para los hombres: -5 8 1 /2 7 6 9 0 3 4; F L K; en las escalas de contenido se encontró como escalas más altas a: Preocupación por la salud, Depresión, y Miedos (SAU, DEP, MIE); para las escalas suplementarias encontramos como escalas más altas: Desajuste Profesional, Desorden de estrés postraumático y Ansiedad (Dpr, EPS y A).

Nuevamente algunos de los datos coinciden con las investigaciones antes realizadas en donde se reporta en pacientes con dermatitis atópica rasgos de personalidad como: depresión, preocupación, desconfianza, hostilidad, ansiedad, aislamiento, pensamiento fantasioso, baja autoestima, enojo y agresión encubiertos, así como tensión y estrés; Maclaughlin, Shoemaker y Guy, (1953), Santamaria, (1978); Lipowski, (1990); Stoudemire, (1990) y Gallegos, (1996). Sin embargo, las escalas de contenido y suplementarias aportan datos que no habían sido reportados. Debe darse poca importancia a la escala 5, ya que la elevación de esta escala se ha encontrado frecuentemente en investigaciones anteriores, en población mexicana, por lo que se ha visto que la escala requiere de más estudios, (Lucio, 1994).

Para la segunda hipótesis planteada en donde se espera que se reporte la ocurrencia de sucesos ocurridos recientemente a los pacientes, se encuentra que si se reporta ocurrencia de sucesos en este grupo de pacientes y que de acuerdo al sexo y área con la que se relaciona el suceso va a tener un impacto diferente en el sujeto (véase tabla 9-A, 9-B y 9-C). Estos datos no han sido reportados anteriormente y sin embargo nos permiten conocer más sobre la etiología de la dermatitis, es decir saber en que situación específica surgió el síntoma, para tener en cuenta estos indicadores en el establecimiento del tratamiento de los pacientes.

Respecto a la tercera pregunta de investigación en la cual se planteó conocer la relación existente entre las características de personalidad y los sucesos vividos recientemente por el paciente vemos que si se encuentra relación estadísticamente significativa al .001 y al .05 (véase tablas 13 a 18) entre algunos de los sucesos y las características de personalidad. Se encuentra que las relaciones estadísticamente más significativas, encontradas por área de sucesos (de acuerdo a la clasificación de Lucio, et. al., en prensa), para este grupo de pacientes son los siguientes:

LOS HOMBRES ANTE LOS SIGUIENTES SUCEOS EXPERIMENTAN:

En este grupo de pacientes se relaciona el **Área de Relaciones Familiares**, (representada por sucesos: muerte o enfermedad de un miembro de la familia, problemas familiares, problemas con los parientes políticos o la llegada de un nuevo miembro a la familia), con las escalas del MMPI-2 (Hi, Ma, ANS, OBS, SAL, DEL, CIN, PAS, FAM, R, y A-MAC), lo que indica que son personas convencionales, sumisas que se esfuerzan por evitar situaciones exteriores desagradables y que además padecen desórdenes orgánicos específicos y tienen mal funcionamiento corporal. Además las correlaciones indican que hay una relación entre los sucesos antes descritos con preocupación por la salud, manifestación de ansiedad, angustia y necesidad de ser queridos, aunque manifiestan actitudes negativas o de desconfianza, hipersensibilidad e incluso pueden provocar pleitos, ser poco tolerantes o manifestar conductas problema por creer que les quieren hacer daño o que la gente no es sincera con ellos. Además la ansiedad y los problemas familiares se relacionan con una tendencia hacia ingerir el alcohol y drogas, probablemente como un intento de disminuir tales sentimientos. Las características antes mencionadas nos indican una deficiente comunicación verbal de lo que internamente están viviendo y esto coincide con lo que Vanna, M.; Vidoni D.; y Tabogi, S. (1989) reportaron en su estudio con pacientes dermatológicos en el que reporta la incidencia de niveles de alexithimia (tipo de lenguaje somático que los pacientes utilizan para comunicar estrés o necesidades emocionales) en estos pacientes.

En el grupo de pacientes se relaciona el **Área de Logros**, (representada por los sucesos: Inicio o fin de los estudios y Algún logro personal) con las escalas del MMPI-2 (Fyo y -Rs), lo que indica que ante dichos sucesos los pacientes no se sienten con suficientes recursos personales para solucionar los problemas que se les presenten y por ello creen no poder responsabilizarse de las consecuencias de los actos que realizan.

En el grupo de pacientes se encuentra relación entre el **Área Laboral**, (representada por los sucesos: Despedido del trabajo, Problemas o presión en el trabajo) con las escalas del MMPI-2 (Mf y -GF), lo que indica que ante problemas en el trabajo ellos se sienten despreocupados y capaces de resolver la situación, pues creen que pueden solucionarla.

El *Área Sexual*, se encuentra relacionada con la escala del MMPI-2 (CIN), lo cual podría explicarse de la siguiente manera: ante sus posibles dificultades sexuales este grupo de pacientes, experimentan una gran desconfianza al relacionarse, lo cual les trae problemas con la gente.

En el grupo de pacientes se encuentra relación entre el **Área Social**, (representada por los sucesos: Estuvo en la cárcel, presión o problemas en la escuela) y las escalas del MMPI-2 (-Is, BAE, e ISO) lo cual quiere decir que en este grupo de pacientes, ante situaciones sociales estresantes baja su autoestima y, aunque tratan de adaptarse a la situación y dar una imagen de estar despreocupados se sienten confundidos, incapaces e inquietos en presencia de otras personas, por ello continuamente se aíslan. Por lo tanto esto repercute en su salud física.

LAS MUJERES ANTE LOS SIGUIENTES SUCESOS EXPERIMENTAN:

En el grupo de pacientes mujeres, se encontró relación entre el **Área de Relaciones Familiares**, (representada por los sucesos: Muerte de un Miembro de la familia, Un Nuevo miembro en la Familia, Problemas Familiares, Problemas con los Parientes Políticos y Se fue o la corrieron de Casa) y las escalas del MMPI-2 (-L, Pa Es, ANS, DEL, ENJ, PAS, BAE, FAM, A, Fyo, Hr, -GM, EPS) lo cual podría significar que ante sucesos que alteran la estabilidad familiar, las pacientes se sienten capaces de resolver la situación, pues manifiestan tener recursos personales para dar soluciones adecuadas. Sin embargo, a medida que aumentan los problemas Familiares se sienten inseguras y con falta de confianza en sí mismas por lo que se muestran cautelosas, se aíslan manifestando poco interés por la gente, también muestran conductas de retraimiento y rigidez excesiva. Además tratan de no manifestar sus sentimientos, aunque llega un momento en que en su interior las abrumen preocupaciones, tensión, ansiedad y enojo que en un momento dado ya no pueden controlar y es cuando manifiesten conductas agresivas, estas conductas se relacionan más con el suceso Problemas Madre-Hijo.

Las características antes mencionadas, aunque en menor medida que en los hombres, también nos indican una deficiente comunicación verbal de lo que internamente están viviendo y esto coincide con lo que Vanna, M.; Vidoni D.; y Tabogi, S. (1989) reportaron en su estudio con pacientes dermatológicos en el que reporta la incidencia de niveles de alexithimia en estos pacientes.

En este grupo de pacientes se encontró también relación entre el **Área de la Pareja**, (representada por el suceso: Problemas con la pareja) y la escala L del MMPI-2, lo cual significa que en el grupo de pacientes se relacionan los problemas con la pareja con ser convencionales, sumisas y reconocen que si existen problemas, pero que se sienten forzadas a dar una buena imagen ante los demás.

También se encontró relación entre el **Área Sexual**, (representada por los sucesos: Embarazo y Dificultades sexuales) y las escalas del MMPI-2 (F, Pa, DEL, ENJ, PTA, FAM, -Fyo, -Rs, -GM, EPK y EPS), lo que significa que para las pacientes aquellas situaciones relacionadas con el área sexual se relacionan con: estados de confusión y sentimientos de incapacidad por creer que no se cuenta con los recursos personales para resolver las situaciones que se presenten, dudas acerca de su capacidad para responsabilizarse de la situación. Dado que se sienten abrumadas y tensas, pierden

la confianza en ellas mismas y manifiestan enojo, desconfianza, preocupaciones excesivas acerca de su salud, miedos acerca de lo que pueda pasar con su trabajo, irritabilidad e impaciencia hacia los otros, arrebatos ocasionales y susceptibilidad excesiva ante posibles rechazos o desaires, por lo que prefieren aislarse. Todos estos sentimientos pueden provocarles problemas con la gente que las rodea.

Se encontró también relación entre el **Área de la Salud**, (representada por los sucesos: Enfermedad Personal y Cambio de Hábitos Alimenticios), y las escalas del MMPI-2 (OBS, CIN, FAM, -Fyo, RTR), esto quiere decir que las pacientes se sienten incapaces y sin recursos para resolver situaciones relacionadas con su salud. Ante dichos sucesos se muestran desconfiadas, ansiosas y muy preocupadas, a pesar de lo cual rechazan la posibilidad de algún tipo de ayuda, por creer que nadie puede comprender lo que les pasa.

Estos datos de alguna manera coinciden con lo que Pearstone A. y Russel R. (1993) reportan, y es que la ocurrencia de un suceso estresor reducen los recursos de una persona para dar solución a las presiones diarias. Mientras que para Jong, Timmerman y Emmelkamp (1996) A mayor número de sucesos cotidianos estresores mayor número de padecimientos corporales y problemas para enfrentar las situaciones cotidianas.

En el **Área Laboral**, (representada por los sucesos: Problemas o presión en el trabajo), se encontró relación con la escala Do del MMPI-2, lo que significa que las situaciones laborales estresantes, la responsabilidad de ocupar un puesto y resolver los problemas que se les presenten, trae consigo la necesidad de tomar una actitud de dominancia, de estar bien adaptadas a los cambios y tener habilidades sociales, y esto les causa demasiado estrés a las pacientes.

Para el **Área Económica**, (representada por los sucesos: Problemas en la situación económica, Se endeudo fuertemente, Incapacidad para pagar Hipoteca o préstamo), se encontró relación con las escalas del MMPI-2 (Mf, Pa, ANS, A-Mac), lo que significa que la ocurrencia de los sucesos se relaciona con sentirse vulnerables a posibles rechazos o desaires, con estados de ansiedad y tensión. Además a medida que aumenta la presión económica se muestran más capaces y manifiestan conductas arriesgadas como podría ser el beber alcohol.

En el Área Social (representada por los sucesos: Presión o problemas en la escuela, muerte de un amigo cercano, ha sido asaltado o golpeado) se encontró relación con las escalas del MMPI-2 (L, Ma, Fyo, Do, DEL), lo que significa que ante situaciones sociales estresantes las pacientes manifiestan que se les dificulta contar con recursos para resolver las situaciones problemáticas, sin embargo, pueden adaptarse a los cambios y tienen habilidades sociales, así como responsabilidad para resolver los problemas que se les presenten, aunque su actitud ante los demás sea de cautela y desconfianza.

Para el grupo de pacientes, mujeres el **Área de Logros** (representada por los sucesos: Algún logro personal, Inicio o fin de los estudios, Presión o problemas en la escuela), se relacionó con las escalas del MMPI-2 (-L,-ANS, -MIE, -SAL, Fyo, A-Mac) lo que significa que a menor ansiedad y miedo, las pacientes, sienten que tienen más confianza en ellas mismas y mas recursos para resolver situaciones problemáticas que se les presentan, se perciben como responsables y decididas a aceptar las consecuencias de lo que hacen; a medida que obtienen más logros. Además tales sucesos se relacionan con sentimientos de control sobre los demás, con autoconfianza, con ser arriesgadas, tener iniciativa, perseverancia y con sentirse bien adaptadas a los cambios por contar con habilidades sociales.

Por último, al contestar la cuarta hipótesis en la que se plantea la relación entre los rasgos de personalidad y los sucesos de vida recientes (significativos) en el desarrollo de sintomatología dermatológica en el grupo de sujetos estudiados. Se puede ver que los datos obtenidos nos permiten concluir que las características de personalidad de este grupo de pacientes, así como la ocurrencia de situaciones estresantes son factores que indudablemente intervienen en la etiología del padecimiento, como un círculo vicioso en el que ambos factores al interactuar propician el padecimiento, de allí la importancia de conocer como afectan los diferentes sucesos (de acuerdo al área de que se trate) en la vida emocional y afectiva del sujeto y esto tomarlo en cuenta al hacer intervención psicológica en el tratamiento de los pacientes.

CONCLUSIONES

Al considerar las características de personalidad de los pacientes, se puede concluir que estas son muy específicas y favorecen la manifestación de síntomas, ante la ocurrencia de algún suceso estresante, pues las respuestas de los sujetos están en relación con lo que él emocionalmente vive, y la forma como expresa y actúa lo que siente y piensa, vemos pues, que efectivamente se trata de un padecimiento multifactorial que requiere de un tratamiento multidisciplinario, (el papel del psicólogo es tan importante como el del médico).

De allí que surge la necesidad de integrar en la valoración médica inicial, que se hace al paciente, una evaluación psicológica; una alternativa es hacer al paciente una valoración clínica individual del conjunto de los factores predisponentes y/o desencadenantes del padecimiento, haciendo énfasis en la problemática emocional, en donde, la intervención del psicólogo es fundamental, más aún si se incorporara al tratamiento actual del paciente, diferentes grupos de trabajo en donde se pudiera discutir la vivencia de cada paciente en relación a la problemática familiar, o en el área de logros o lo que sucede en el área de la pareja. Este estudio permite contar con indicadores del tratamiento, para este grupo de pacientes, ahora la propuesta del presente trabajo es que sean utilizados en la práctica clínica, básicamente en el campo médico que es, en su mayoría, donde llegan los pacientes, por las mismas características de su padecimiento (manifestaciones físicas y visibles), pero que corresponde al médico integrar en su tratamiento la intervención de un psicólogo o bien, canalizar a su paciente con uno y realizar un trabajo interdisciplinario, por lo menos para este tipo de pacientes, que indudablemente requieren de un tratamiento diferente al de aquellas personas que sufren una enfermedad puramente orgánica.

A nivel de prevención secundaria, se podrá suponer que si con lo anterior, el paciente logra expresar verbalmente sentimientos y emociones que no habían encontrado la forma de expresión más adecuada, poco a poco cada uno de ellos aprenderá a manejar sus recursos personales para manifestar adecuadamente su enojo, ansiedad y tensión; y de esta manera resolver las situaciones cotidianas de una manera más sana, sin la presencia de manifestaciones físicas. De tal manera que los mismos pacientes se podrán conducir de manera diferente, mostrando a sus hijos una actitud y forma de vida diferente, más sana; poco a poco los hijos de estos pacientes podrán dejar de ser atópicos, por lo menos habrá un factor menos (el psicológico) que propicie el padecimiento.

Lo anterior, debe ser considerado pues se trata de un padecimiento que ocupa el décimo lugar de enfermedades dermatológicas, y es relativamente mayor en mujeres (Saúl, 1983), esto explica la diferencia en el tamaño de la muestra para cada uno de los

sexos en el presente trabajo, en donde también se encontró que cada sexo tienen diferente forma de expresar su problemática emocional, ante situaciones similares, y que mientras a los hombres les puede afectar más los problemas relacionados con el área: familiar, de logros, laboral, social y sexual; a las mujeres les afectan esas mismas áreas pero además lo relacionado con el área: de la pareja, de la salud y la económica.

ALCANCES

La presente investigación permite reconsiderar la idea que se tiene acerca de que los psicólogos clínicos sólo se limitan al consultorio, permaneciendo apartados y estancados. Con este trabajo se muestra que es posible hacer investigación aplicada en el área de la salud, pues mediante indicadores cuantitativos (calificaciones a las respuestas del MMPI-2 y ocurrencia de sucesos de vida) se pueden obtener datos cualitativos que nos permitan saber como abordar terapéuticamente el padecimiento y conocer más profundamente al paciente, que en este caso por el tipo de síntomas que presenta acude más frecuentemente con el médico general o dermatólogo. Por ello es importante que no solamente los psicólogos conozcan la relación que existe entre un determinado padecimiento, la personalidad del sujeto y los sucesos de vida que le ocurren cotidianamente a los pacientes; si no todos aquellos profesionistas relacionados con la salud, para que se atienda al paciente de manera integral, lo cual nos habla de que como profesionistas responsables, debemos considerar los indicadores encontrados en la presente investigación, para pacientes atópicos, como una propuestas de intervención con alcances multidisciplinarios. Si consideramos que México en un país de jóvenes, la necesidad de realizar intervenciones adecuadas y por ende, efectivas es mayor.

El haber obtenido una muestra total de 92 pacientes parece fácil, sin embargo, fue un trabajo que se logro después de dos años de recabar la muestra y aplicar ambos instrumentos de manera individual, en la mayoría de las veces, a los pacientes. En los estudios realizados, hasta la fecha no se ha logrado trabajar con igual número de sujetos, se encuentran estudios con mayor número de pacientes, pero los reportan como pacientes dermatológicos o con dermatitis y dentro de estas categorías sabemos que caen varios si no es que muchos diagnósticos diferenciales (con dermatitis, pero que tipo de dermatitis?).

Una aportación más del presente estudio, a la investigación en psicología clínica, es que es el primer estudio en donde se correlaciona características de personalidad y sucesos de vida, en este grupo de pacientes, y en el cual se presentan las correlaciones por áreas, por lo cual no se encuentra apoyo teórico en la discusión de los resultados,

esto también indica la necesidad de realizar mayor investigación en México, pues son muy pocos los estudios que se encuentran.

Otra aportación es que el MMPI-2, versión en español, se calificó con normas mexicanas, (programa Lucio, Ampudia, Durán & León, 19989).

Lo cual permite obtener un perfil comparable con la media estadística de la población a la que pertenece el grupo de estudio, en consecuencia las características de personalidad obtenidas, (para cada sexo) serán las que realmente hayan manifestado los pacientes y no el resultado de diferencias culturales (véase apéndice II).

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las mayores dificultades con las que se enfrentó el presente trabajo es el haber especificado tanto la población, pues de ello surge como consecuencia el tamaño de la muestra, lo cual no permite hacer generalizaciones, pero sí puede servir de base a futuras investigaciones, en las cuales se amplíe más la muestra o quizá se trabaje con otro tipo de padecimiento psicofisiológico para poder contar con un grupo de comparación dentro de la misma población.

También se podría equiparar el tamaño de la muestra entre pacientes con dermatitis atópica hombres y mujeres, para identificar el perfil de personalidad y poder obtener así las diferencias entre ambos sexos, debido a que en nuestra cultura es muy posible que la sintomatología física que con lleva este tipo de padecimiento se manifieste de manera diferente para los hombres que para las mujeres por el rol que cada uno de ellos deben asumir de acuerdo a su sexo.

El considerar en la práctica clínica, a la dermatitis atópica como un padecimiento multifactorial habrá perspectivas tanto de intervención como de visión de la etiología de los diferentes padecimientos que como profesionales de la salud tenemos el compromiso de atender tanto a nivel de intervención como de prevención en el área de la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaraz, A. G.; Caraveo J. A. (1993). Somátización y diagnósticos psiquiátricos en primer nivel de atención médica. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 102-109
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and applications*. Norton
- Allport, W. G., (1942). *Personality: A Psychological Interpretation*. Ed. Holt, Rinehart and Winston New York.
- Allport, W. G., (1961). *Psicología de la Personalidad*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Allport G. W. (1974). *Psicología de la personalidad*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Allport G. W. (1977). *La Personalidad, su Configuración y desarrollo*; Editorial Herder, Barcelona.
- Ampudia, A.; Duran, C. Y Lucio, E. (1995). Confiabilidad de las escalas suplementarias del MMPI-2 en población Mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y evaluación Psicológica*. Año I (2)
- Anastasi, A.; (1967), *Los test psicológicos*. Editorial Aguilar, México, D. F.
- Anthony, L. ; Komaroff; Minoro, Masuda and Thomas H. Holmes (1967). The social readjustment rating scale: A comparative study of negro, mexican and white americans. *Journal of Psychosomatic*. Vol 12 , Nov-16
- Arenas, R. (1987). *Dermatología diagnóstico y tratamiento*. México; McGraw-Hill *Medicina Psicosomática*. Vol32 (4) 307-314
- Barron, F., (1953). "An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy". *Journal of Consulting Psychology*, (17): 327-333
- Barron, F., (1956). "Ego strength and the management of aggression". *Basic Readings on the MMPI in Psychology and Medicine*. Minneapolis: University of Minnesota Press.p.p 579-585.

- Bartelstone, J., H.; Timothy J., T. (1995). *Personality, Life Events, and Depression*. Journal of Personality assessment, 64(2), 279-294. University of Missouri Columbia
- Ben-Porath, Y.S., y Butcher, J.N., (1988). "Exploratory analyses of rewritten MMPI 'items'. *Paper presented at the 23rd annual meeting on Recent Developments in the Use of the MMPI* St. Petersburg, Florida.
- Ben-Porath, Y.S. y Butcher J.N., (1991). "Psychometric stability of rewritten MMPI Items." *Journal of Personality Assessment*. 53(4): 645-653.
- Ben-Porath, Y. S., y Graham, J.R., Timbrock, R.E., & Butcher, J.N., (1991). "Code Type congruence between MMPI and MMPI-2; separated fact from artifact". *Journal of Personality Assessment* 57 (2): 216-237.
- Ben-Porath, Y.S., Hostetler, K., Butcher, J.N., y Graham, J.R., (1989). "New subscales for the MMPI-2, Social Introversion (Se) Scale". *Paper given at the Society of Personality Psychological Assessment: Meetings*. New York
- Bertherton, I.; Beeghly, M. (1985). Talking about internal states: the adquisition of an explicit theory of mind. *Developmental Psychology* 18:906-921
- Brewer, -Britton-W. (1993). *Self-identity and specific vulnerability to depressed mood*. Journal of personality vol.61 (3) 343-364.
- Brown, D. G. (1967). Emotional Disturbance in eccema: a study of symptom reporting behavior. *Journal of Psychosomaty Research* 11:27
- Burish, M. (1984). Approaches to personality inventory construction. *American psychologist*. 39, 214-227
- Butcher, J.N., (1972). Objective personality assessment: Changing perspectives. *Academic Press*. New York, E.U.A.

- Butcher, J.N., (1979)."Use of the MMPI in personal selection" En James N. Boutcher. *New developments in the use of the MMPI*. Minneapolis. Univesity of Minnesota Press, E.U.A.
- Butcher, J.N., y Harlow, T., (1985), "Psychological assesment in personal injury cases, in *A. HESS & I. WIENER (Eds), handbook of forensic psychology*, New York: John Wiley & Sons.
- Butcher, J.N; (1989).*User's guide for the Minnesota Personnel Report*, Minneapolis: National Computer Systems.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W, Graham J., Tellegan, A., Kraemmer, B. (1989).*MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2. Manual for administration and scoring*.Minneapolis University of Minnesota press.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Williams, C.L. y Ben-Porath, Y.S., (1989)."*Development and use of the MMPI-2 content scales*". Minneapolis: University of Minnesota Press, E.U.A.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., y Kraemmer, B., (1990)."*MMPI-A Minnesota Multiphasic Personality Inventory-A: Manual for administration and scoring*". *University of Minnesota. Minneapolis, E.U.A.*
- Butcher, J.N., Jeffrey,T.B., Clayton, T.G., Colligan S., (1990)."A study of active duty military personnel with the MMPI-2. *Journal of Military Psychology*. 2 (1): 47-61.
- Butcher, J.N. y Tellegen, A., (1966)."Objetions to MMPI short forms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (53): 803-815.
- Butcher, J.N. y Williams, C.L., (1992).*Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation*. University of Minnesota Press. Minneapolis London.
- Bruguera, (1975).*Enciclopedia*; Ed. Bruguera, México.

- Campos, F.J.(1964).*Dermatitis atópica diseminada. Investigación de su aspecto psicossomático*. Tesis de posgrado en dermatología, leprología y micología. Fac. de medicina UNAM.
- Cattell, R. B. (1965).*The Scientific Analysis of Personality*; Baltimore: Penguin Books.
- Cattell, R. B.; (1968).*The Prediction of achievement and creativity*; New York: Bobbs-Merrill Co. Inc.
- Cattell, R. y Warburton, F., (1967). "Objective personality and motivation tests". *Urbana*: University of Illinois Press.
- Craig T.K.; Drake K. ; Boardman (1994).The south London Somatisation study II Influence of stressful life events, and secondary gain. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 165, pp.248-258
- Coddington, R.,D., (1972).The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children-I. A survey of professional workers. *Journal of psychosomatic research*, vol. 16 p.7-18
- Coddington, R.,D., (1972).The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children-II. A study of normal population. *Journal of psychosomatic research*, vol. 16 p.205-213
- Coddington, Dean. (1979). Life events associated With Adolescent Pregnancies.*Journal of Clinic Psychiatry*, Vol April
- Cohen, F. (1987). Measurement of coping. *Stress and health: Issues in research methodology* . Chichester; cooper
- Cohen, F. & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. *Health psychology: A hand book*. San Francisco; Jossey-Bass
- Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical psychology review*, 7.275-302

- Cordova, Z. E. (1992). Correlación clínica y determinación de Ig E en pacientes con dermatitis atópica. Tesis de posgrado en dermatología, leprología y micología. Fac. Medicina. UNAM.
- Dahlstrom (Eds.), *Basic Readings on the MMPI in Psychology and Medicine*. Minneapolis: University of Minnesota Press, E.U.A.
- Dahlstrom, W.G., (1972). Whither MMPI en Butcher (ed) *Objective personality assessment: Changing perspectives*. Editorial Academic Press. Nueva York.
- Dahlstrom, W.G., (1980). "*Altered version of the MMPI. Basic Reading on the MMPI: an new selection on personality measurements*" University Minnesota Press. Minneapolis.
- Dahlstrom, W.G. y Welsh, G.S., (1960). *An MMPI handbook a guide to use in clinical practice and research*. Minneapolis University of Minnesota Press.
- Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S. y Dahlstrom, L.E., (1972). *An MMPI Handbook: Vol. I. Clinical interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S., y Dahlstrom, L.E., (1975). *An MMPI Handbook: Vol. II. Research applications*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dahlstrom, W.G., Lachar, D., y Dahlstrom, L.E., (1986). *MMPI Patterns American Minorities*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- De Lain, M. A., (1990). "A comparison of MMPI and MMPI-2: A generalizability Theory Study". *Dissertation Abstracts Internacional* 51 (6): 3126-b.
- De la Fuente, M. R. (1975). *Psicología Médica*; México; Fondo de cultura económica.
- De la Torre, G. M.- R. (1994). *Válidez concurrente de las escalas de contenido del MMPI-2 y una entrevista clínica en población psiquiátrica*. Tesis de Lic. Universidad del Valle de México
- Durán, P.C. (1996). *Análisis factorial de las escalas básicas del MMPI-2 Español en México. Tesis de maestría en psicología clínica*. México UNAM.

- Drake, L.E., (1946)."A social I.E. scale for the MMPI". *Journal of Applied Psychology*,(30): 51-54.
- Drake, L.E. & Thiede, W.B. (1948). Further validation of the social I.E. scale for the MMPI. *Journal of Education Research*, 41, 551-556.
- Duer, S. (1988).Medical and Psychosocial correlates of self reported depressive symptoms in family practice. *J. Fam Pract* 27:609-614
- Dunbar, H. F. (1942). The relationship between anxiety states and organic disease. *Clinics* 1:879
- Dunbar, H. F. (1946). *Emotion and bodily change*. Columbia Univ press
- Escalona, E., García, M. y López, G.(1954).*Dermatología; lo esencial para el estudiante*. México.
- Ehlers A. ; Gieler U.; Stangier U. (1995).Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *Journal of consulting and clinical Psychology*, Vol. 63, pp. 624-635
- Eysenk,H.S. y Eysenk, S. B.:(1961).A Factorial Study Of Psychoticism as a Dimension Of Personality; Miltivar, *Behav. Res.* Clinical Psychology.
- Fisch, RZ (1987).Masked depression: its interrelations with somatizations, hypochondriasis and conversion. *Int J Psychiatry Med* 17:367-379.
- Fishburne, T. y Parkinson, S., (1984)."Age effects on active duty Army MMPI Profiles". *Paper Presented at the Department of Defense Symposium*.
- Gallegos, M. L., (1996).*Características de Personalidad de un grupo de pacientes con Neurodermatitis*. Tesis de Lic. en Psicología UNAM.
- Gherardi, D. ; Fabrizio, E. ;Chirillo, S. Garzia, P.(1993). Aspectti psichiatrici nel campo dermatologico. contributo clinico. *Minerva Psichiatrica* vol34(1), 19-23.

- González, F.C.,; Medina, M.M. y Cols., (1997).Indicadores sociodemográficos de riesgo de estres psicosocial en los estudiantes de educación superior en la República Mexicana. *Salud Mental*_Vol.20 (4) pg.1-7
- Gough, H.G., McClosky, H., y Meehl, P.E., (1951)."A personality scale for dominance". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, (46): 360-366.
- Gough, H.G., McClosky, H., y Meehl, P. E., (1952)."A personality scale for social responsibility". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 73-80.
- Graham, J. R., (1977a)."Stability of the MMPI configuration in a college setting". *Unpublished Manuscript*. Kent State University, Kent Ohio, E.U.A.
- Graham, J. R., (1977b).*The MMPI Practical Guide*. Ed. Oxford, New York, E.U.A.
- Graham J. (1987).*MMPI. Guía práctica*; México, Manual moderno
- Graham, J. R., (1987).*The MMPI: A practical guide*. (2nd. De.) Oxford University Press, New York, E.U.A.
- Graham, J. R. (1990).*MMPI-2 Assessing Personality and psychology*. New York: Oxford prd University press.
- Graham, J.R., Schroeder, H.F. y Lilly, R.S., (1971)."Factor analysis of items of the social Introversion and Masculinity Femininity scales of the MMPI". *Journal of Clinical Psychology*. (27): 367-370.
- Greene, R.L., (1978)."An empirically derived MMPI carelessness scale". *Journal of Clinical Psychology*, (34): 407-410.
- Greene, R.L., (1980).*The MMPI. An Interpretative Manual*. Ed. Grune and Stratton, New York, E.U.A.
- Greene, R. L., (1989).*The MMPI: An interpretative manual* (2nd Ed.) New York: Grune & Stratton, New York, E.U.A.

- Greene, R.L., (1954), "Medical reports and selected MMPI items among employed adults", *AMERICAN PSYCHOLOGY*, 9, 384.
- Greene, R.L., (1982), "Some reflections on MMPI short forms: A literature review" *JOURNAL OF PERSONALITY ASSESSMENT*, 46, 486-487.
- Greene, R.L., (1991); *MMPI-2/MMPI: an interpretative manual*, Boston: Allyn and Bacon.
- Guilford J.P. y Zimmerman W. S.; (1974). *Fourteen Dimension Of Temperament*; Psychol. Monogr. Hall C. S., y Lindsey,
- Guilford J.P.;(1974). *La Teoría Factorial de la Personalidad*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Gupta M. A.; Gupta A. K. (1994). Depression modulates Pruritus perception: A study of Pruritus in Psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine*, Vol.56, pp. 36-40
- Hamilton ,M. (1984). Frequency of symptoms in melancholia. *Br.J. Psychiatry* 154:201-206
- Hanifin, JM y Lobilt WC Jr.(1989). Newer concepts of atopic dermatitis arch dermatol venereol. -Hathaway, S.R., (1956) "Scales 5 (masculinity-femininity), 6 (paranoia), and 8 (schizophrenia)". In G.S. Welsh & W. G.
- Harvey, Lui, BSc, Md (1989). Atopic Dermatitis Pathogenesis and Management, *Continuing Medical Education*, Vol.1, num.3, 50-60.
- Hathaway, S. R., y Briggs, P. F.; (1957). "Some normative data on new MMPI scales", *JOURNAL CLINICAL PSYCHOLOGY*, Vol.13 pag. 364-368.
- Hathaway, S.P., & Mckinley, J.C., (1940). "A multiphasic personality schule (Minnesota): I. Construction of the schule", *JOURNAL OF PSYCHOLOGY*, 14, 73-84.

- Hathaway, S.R., y McKinley, J.C., (1942)."A multiphasic personality schedule (Minnesota): III The measurement of symptomatic depression". *Journal of Psychology*, (13): 73-84.
- Hoeh, S. (1993).Generalized anxiety disorder with early and late onset of anxiety symptoms. *Comprehensive Psychiatry*. Vol 34 (5)
- Hoffman,M; Levy-Shiff,R; Sohlberg,S. Y Zarizki,J. (1992).The impact of stress and coping: developmental changes in the transition to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol. 21(4). págs. 451-469.
- Honey H.B.(1970).Somatization and other neurotic reacion and MMPI profiles. *J. Clin. Psychology*. vol.5 Pp 153-156.
- Hoppe, KD.; Bogen,JE. (1977).Alexithymia in twlve commissurotomized patients. *Psychother Psychosom* 28: 148-155 -Howard G. (1989). *Psiquiatría general*, México manual Moderno.
- Howard, H. Goldman (1989). *Psiquiatría general, México*, Manual Moderno.
- Kanner, H. D.; Coyne, J.C.; Schaefer, C. & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus mator events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39
- Kavsek, M. Y Seiffge-Krene, Y. (1996).The diffentiation of coping traits in adolescence. *International journal of behaivoral Develoment*. Vol.19(13) 651-668
- Kerlinger N. F. (1988). *Investigación del comportamiento*, México Mcgraw-Hill
- King R . M. ; Wilson V. G. (1991).Use of diary technique to investigate psychosomatyc relations in atopic dermatitis. *Journal of Psychosomatic research*, Vol. 35, pp.697-706

- Kirmayer ,LJ. (1989).Cultural variations in the response to psychiatric disorder and emotional distress. *Soc Sci Med* 29:327-339
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York, McGraw-Hill
- Lazarus, R. S. (1974). Psychological stress and the coping in adaptation and illness. *International Jornal of psychiatry in medicine* , 5, 312-333.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory based stress measurement. *Psychological inquiry*, 1(1) 3-13
- Lazarus, R. S., Averill, J.R. (1974). The Psychology of coping : *Issues of research and assessment*. In Hamburg, New York, Basic Books
- Lazarus, R. S. y Cohen J. B. (1977). *Enviroment stress*. Human Behavior and the enviroment: curren theory and research. Plenum Nueva York
- Lazarus, R. y Folkman,S. (1984).*Stress apraisal and coping*. Barcelona, Martinez Roca
- Lazarus, R. y Folkman,S. (1991).*Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- Lazarus, R. S., & Launier, (1974). The Psychology of coping : *Issues of research and assessment*. In Hamburg, New York, Basic Books
- Levitt, E.E., (1989).*The Clinical Application of MMPI Special Scales*. Ed. Lawrence Erlbaum Associates Incorporated. Hillsdale, New Jersey, E.U.A.
- Levitt, E.E., (1990)."Structural analysis of the Impact of MMPI-2 on MMPI-1". *Journal of Personality Assessment*. 55 (3-4): 562-577.
- Lipowski Z.J. (1990).Somatization and depression. *Psychosomatycs* 31:13-21
- Luigi, S. (1987).*Diccionario médico*. México, Teide.

- Lucio, E. (1995). *Manual para la administración y calificación del MMPI-2. Versión en Español*. Ed. El Manual Moderno.
- Lucio, E., y Ampudia, R. (1995). *Adaptación al español del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)*. Manual Moderno, México
- Lucio, G.M., E.; Bravo, B., M. y Loza, C., G. (En prensa). *Desarrollo del Cuestionario de Información Biográfica y sucesos de vida*. Facultad de psicología.
- Lucio, E.; Ampudia, R.; y Durán C. (1996). *Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de vida. Adultos*. UNAM, Fac. de Psicología
- Lucio, E.; Ampudia, R.; Durán C. & León, I. (1998). Norms of the MMPI-2 for m population. *XIVth Interactive congress for cross cultural psychology*.
- Lucio, E. ; Ampudia, A. Gallegos y Jurado, F. (1996). Características de personalidad en un grupo de pacientes con dermatitis atópica: Estudio Piloto. *Revista del centro Dermatológico. Pascua*. vol. 5(3), pp.165-176
- Lucio, E. Monzón, L.; Oyervides, S. y Larragivel, G. (1996). Development of the mexican F infrequency psychopathological scale for the MMPI-2. *31st Annual MMPI-2 symposium*. Minneapolis, Minnesota. Track-A
- Lucio, G. M., y Palacios, H. (1994). MMPI-2 Profiles of Mexican Psychiatric inpatients: Validity, standar and content scales. 29th Anual Symposium on recent Developments in the use of the MMPI, MMPI-2 Workshops & Symposia. Minneapolis, Minnesota
- Lucio, E. Pérez y Farias, J. ; y Ampudia (1996). A realibility test-retest of the MMPI-2 in a group of mexicans university students. *31st Annual MMPI-2 symposium*. Minneapolis, Minnesota

- Lucio, G. M., y Reyes-Lagunes, I. (1992), "*Estandarización y Normalización del MMPI-2 al español en un grupo de estudiantes universitarios*", Facultad de Psicología, UNAM.
- Lucio, G.M., y Reyes, I., (1994). "La Nueva versión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 Para Estudiantes Universitarios Mexicanos". *Revista Mexicana de Psicología* 11 (1);45-54.
- Lucio, E. y Valencia, R. (1997). Detección de perfiles de sujetos simuladores y sujetos honestos a través de las escalas del MMPI-2. *Revista de Salud mental*.
- Macalpine, I. (1952). *Psychotherapeutic principles in the treatment of cutaneous diseases*. Exc. Med. -Machaughlin, J.T., Shoemaker, R. J. & Guy, N.B. (1953). Personality factors in atopic eczema. *Arch Dermat Syph* 68:506
- McKinley, J.C., y Hathaway, S.R., (1942). "A multiphasic personality schedule (Minnesota): IV: Psychasthenia". *Journal of Applied Psychology*, (26): 614-624.
- McKinley, J.C., y Hathaway, S.R., (1944). "The Minnesota multiphasic personality Inventory: V. Hysteria, Hypomania, and psychopathic deviate". *Journal of Applied Psychology*, (28): 153-174.
- McKinley, J.C., Hathaway, S.R. y Meehl, P.E., (1948). "The MMPI VI. The K scale". *Journal of Consulting Psychology*, (12): 20-31.
- Meehl, P.E., Hathaway, S.R., (1946). "The K Factor as a suppressor variable in the MMPI". *Journal of Applied Psychology*, (30): 525-564.
- Megargee, E.I., Cook, P.E. y Mendelson, G.A., (1967). "Development and validation of an MMPI scale of assaultiveness in overcontrolled individuals". *Journal of Abnormal Psychology*, (72): 519-528.
- Mendizábal, J. (1976). *Características de personalidad en un grupo de asmáticos*. Tesis licenciatura en psicología UNAM, México.-Miller, H. & Baruch, D. W. (1950). A study of hostility in the allergic children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 20:506

- Minoro, Masuda and Thomas H. Holmes (1967). Magnitude estimations of social readjustments *Journal of Psychosomatic*. Vol 12 , Abril
- Munley, P.H. y Zarattonello, M. m. (1989). " A Comparison of MMPI profile a cross standar and contemporaty norms", *Journal clinical psychology*. 46(6): 229-239
- Nemianh J.C. Denial revisited: reflections on psychosomatic theory. *Psychosom* 26: 140-147
- Nie, H.N.,Hull;C:H., Steinbrener y Jekin (1985).*Statistical Package for Social Sciencies*; Mac Graw Hill U. S. A.
- Obermeyer, M. (1955).*Psychocutaneous medicine*. Springfield illinois.
- Osorio, M. y Rios, C.(1986).*Características de personalidad del paciente con hipertensión arterial*. Tesis de Lic. en psicología UNAM.
- Pancoast, D. L. y Archer, R. D. (1989). Normad de adultos del MMPI original en muestras normales: una revisión con implicaciones para el futuro desarrollo. *Journal of personality assessment*. 53 (2): 376-395
- Pearstone A. ; Russel R. (1993).A re-examination of the stress/illness relationship: how useful is the concept of stress?. *Psychology Department, University london* 577-580
- Perlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and social Behavior*, 19, 2-21
- Pick, S. y López, A. (1995).*Cómo investigar en ciencias sociales*; México. Trillas.
- Quintana R, F.J. (1986).*Perfil psicológico de los pacientes dermatológicos según el inventario Climent*. Tesis de posgrado en dermatología, leprología y micología.Fac. de medicina.UNAM
- Rainer, P. (1986).Psychosomatic aspects of chornic pain: A new way of description based on MMPI item analisys. *Pain* vol 26 (1) 33-43.

- Rigatelli, M.; Bianchini, M. y Petri, G. (1992).The psychiatric-psychosomatic consultations in moder University Hospital Departament of Dermatology: The present state and the perspectives. *New Trends in Experimental and clinical psychiatry* vol.8 (3) 127-132.
- Rudolf, Hazlett (1993)Generalized anxiety disorder with early and late onset of anxiety symptoms. *Comphensive-psychiatry* vol.34(5)291-298
- Salomón, P.(1976).*Manual de psiquiatría*, México, Manual moderno.
- Sampieri, H.,R.; Collado, F.; Lucio, B., P. (1991).*Metodología de la investigación*; México, Mc Graw Hill.
- Sanchez-Sosa, J. J. y Hernández, G., L. (1994). *Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento. SEVIC*. Facultade de Psicología, UNAM.
- Sandoval, L. (1997).aspectos psiquiátricos de la enfermedad coronaria y del infarto al miocardio. *Salud Mental*. vol.20(4)
- Santamaria, G.V. (1978).*Perfil psicológico en los pacientes con dermatitis atópica diseminada (Estudio comparativo)*.Tesis de posgrado en dermatología, leprología y micología. México.
- Saúl, A. (1986). *Lecciones de dermatología*; México; Editor: Francisco mendez Cervantes
- Schech G. ; Florin I. ; Rudolph R. ; Wilhelm S. (1993).Personality characteristics and serum ige level in patients with atopic dermatitis. *Journal of Psychosomatic research*, Vol. 37, pp. 637-642
- Schill, T.; Shiraz, P. (1988).Relation Between Coping Stile and Barron's Ego Strength Ecale. *Psychological Reports*, 63, 65-66.
- Seguín C.A. (1990).El síndrome psicossomático de desadaptación. *Anales de salud mental*. Vol. I, pp. 135-143

- Selye, H. (1964). *The stress of life*, México, Mc Grow-Hill.-Siegel, S. (1970). *Diseño experimental no paramétrico*. México; Trillas
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Lippicott
- Selye, H. (1976). *The stress of life* . McGraw-Hills, nueva York,
- Stoudemire M.D. (1991). Somathothymia. *Psychosomatics* 32:365-379
- Strassberg, D.S., (1991). "A resolution to the interpretative dilemmas created by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2 (MMPI-2). A response to Ben-Porath and Graham". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 13(2): 181-184.
- Sulberger, M. B., FEINBER, W. (1940). *Nomenclature and clasification of alergic disorders*.
- Taboada, a. L. (1993) *Comparación del MMPI-2 en población universitaria nicaraguense*. Tesis de maestría en psicología clínica. México, UNAM.
- Tapia, S.S., y Dorado, Y. (1984). *Estudio comparativo entre un grupo de pacientes con psoriasis y un grupo de pacientes con dermatitis por contacto*. Tesis de Licenciatura en psicología. México UNAM
- Thomas H. Holmes and Richrd h. Rahe (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic*. Vol 12 , Abril
- Tellegen, A., (1982). *Brief manual for the diferencial personality questionnaire*. Minneapolis: University of Minnesota Press, E.U.A.
- Tellegen, A., (1988b). "Derivation of uniform T score for the reestandarized MMPI. In R. D. Fowler (chair), Revision and reestandarization of the MMPI: Rationale, normative sample, new norms, and initial validation". *Symposium conduted at the 96 Annual Convention of the American Psychological Association*, Alanta, Georgia, E.U.A.

- Terres, E. y Zuñiga, G. (1976). *Estudio sobre la tendencia a la somatización con estudiantes de la generación de 1971-1976 de la facultad de medicina utilizando el MMPI*. Tesis de licenciatura en psicología. México UNAM
- Timmerman J.M. ; Emmelkamp (1996).The Survey of recent life experiences a psychometric evaluation. *Journal of behavioral medicine*, Vol.19, pp.529 -543
- Tyler, L. E.;(1975), *Psicología de las diferencias humanas*; Editorial Marova; Madrid, España.
- Valdés,M. (1990).*Psicobiología del estrés*. Ed. Martínez Roca. Barcelona España.
- Viacava, C. (1987). Cancro nella visione psicosomatica. *Rivista internazionale di psicologia e Ipnosi* vol. 28 (3-4) 253-262
- Welsh, G.S., (1965)."MMPI profiles and factors A and R". *Journal of Clinical Psychology* (21): 43-47.
- Wiggins, J.S., (1966)."Substantive dimensions of self-report in the MMPI item pool". *Psychological Monographs*, 80 (22, Whole No. 630).
- Wiggins, J.S., (1969)."Content dimensions in the MMPI in J.N. Butcher". (Ed.). *MMPI: Research Developments and Clinical Applications*. Ed. McGraw-Hill, New York, E.U.A.
- Williams,C.,L.; Butcher J.,N.;Ben-Poraht,J.S.; Graham, J.,R.. *MMPI CONTENT SCALES. ASSESSING PSYCHOPATHOLOGY IN ADOLESCENTS*. University of Minnesota Press. Minneapolis-London
- Wittkower,E; Russell,B. (1953).*Emotional factors in the skin disease*. New York, P:B: Hoeber.
- Williams,C. And Uchiyama, C. (1989). Assesment of life events during adolescence: the use of self-report inventories. *Adolescence*, Vol XXIV (93). pp. 96-117.

-Wolfs, A. (1950). Life stress and bodily disease. *Williams & Wilkins*; Hare

-Wolman B.:(1968), *Teorías y sistemas contemporáneas en psicología*, Barcelona España.

-Yeaworth,R.C., McNamee,M.J., and Pozehl,B. (1992). The Adolescent Life Change Event Scale: its Development and Use. *Adolescence*,Vol.27(108).pp.783-801.

APÉNDICE I

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS BÁSICAS

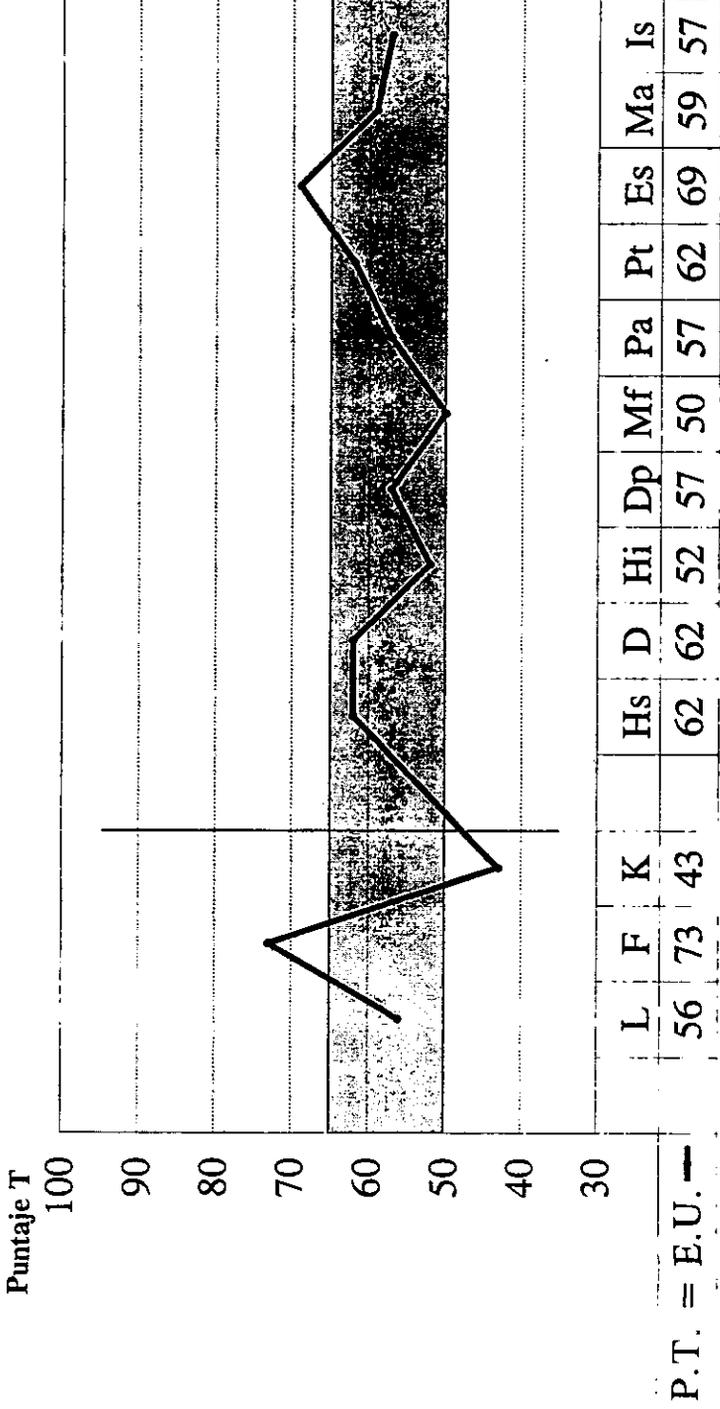


FIGURA 1

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS DE CONTENIDO

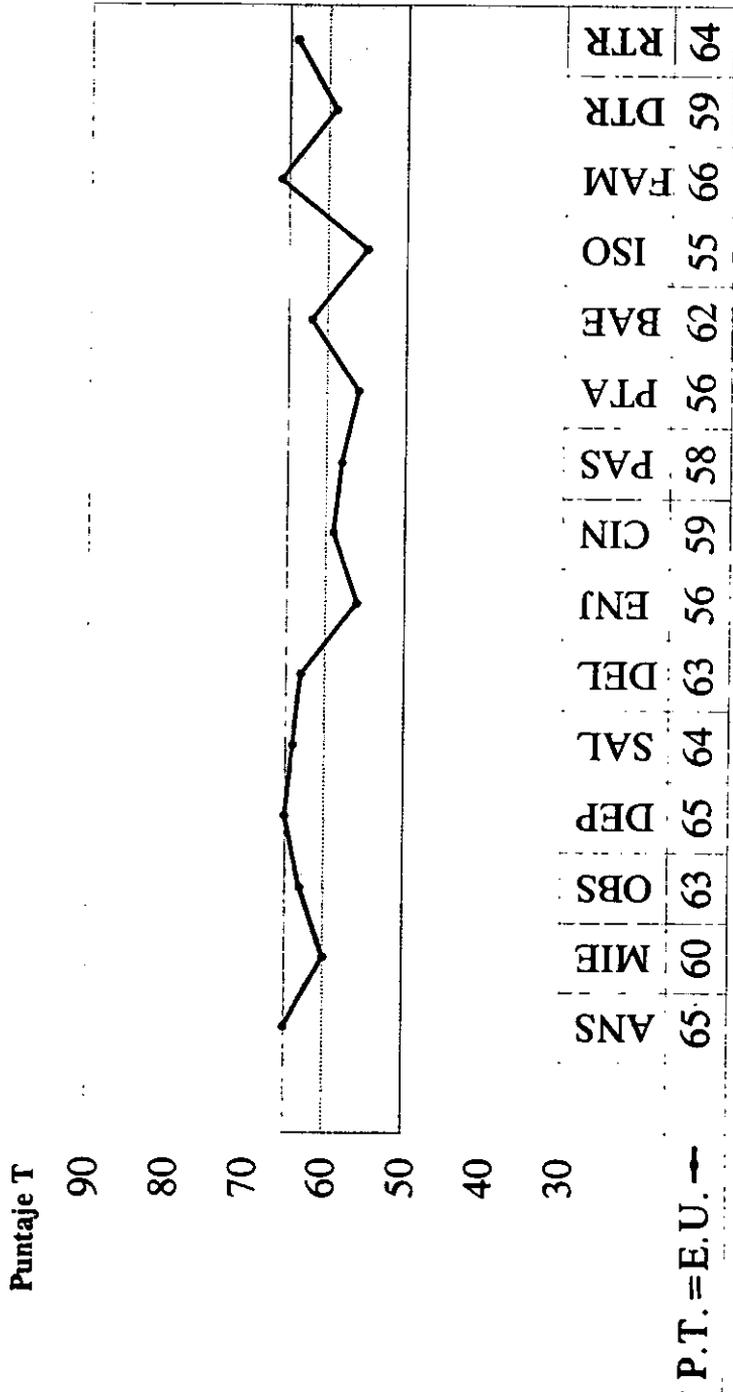


FIGURA 2

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS BÁSICAS

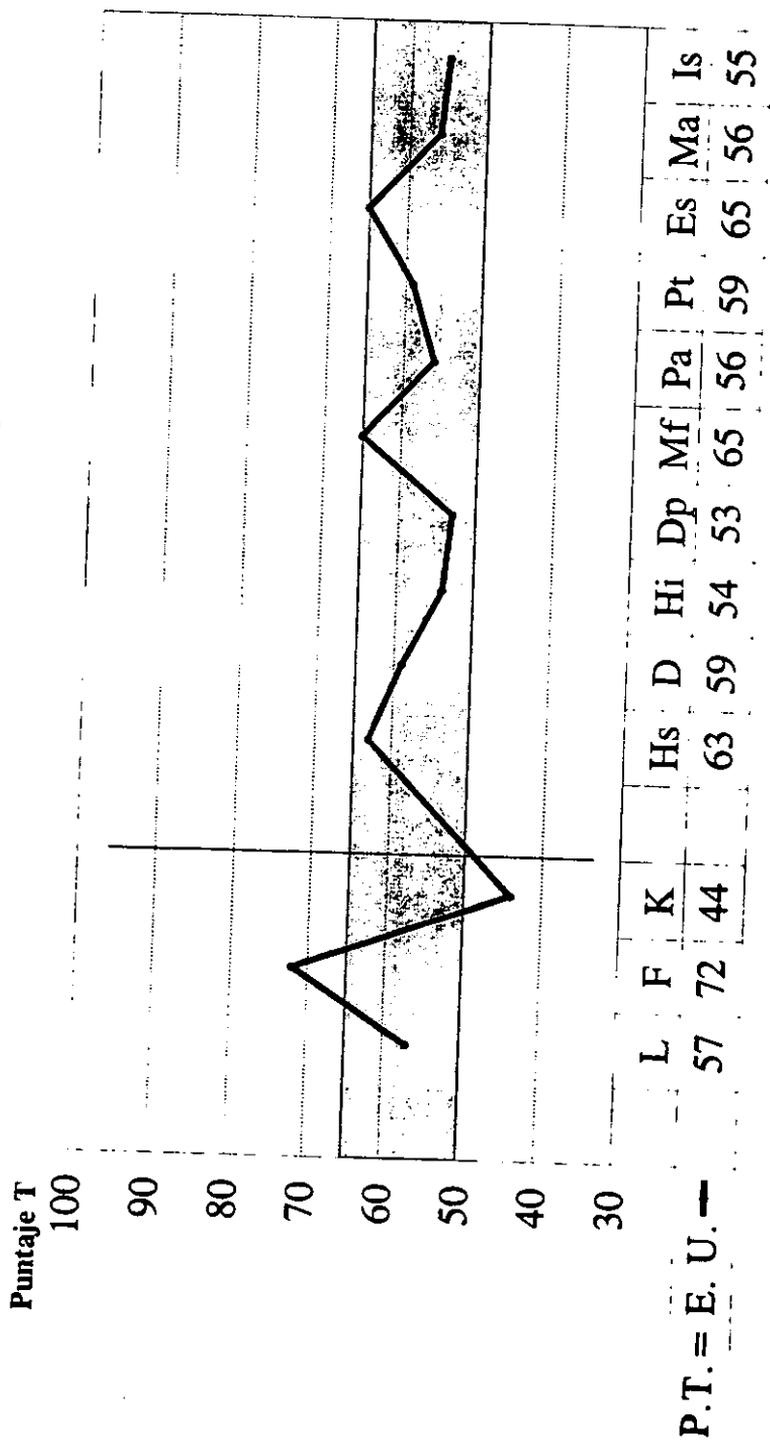


FIGURA 4

PERFIL FEMENINO MMPI-2 ESCALAS SUPLEMENTARIAS

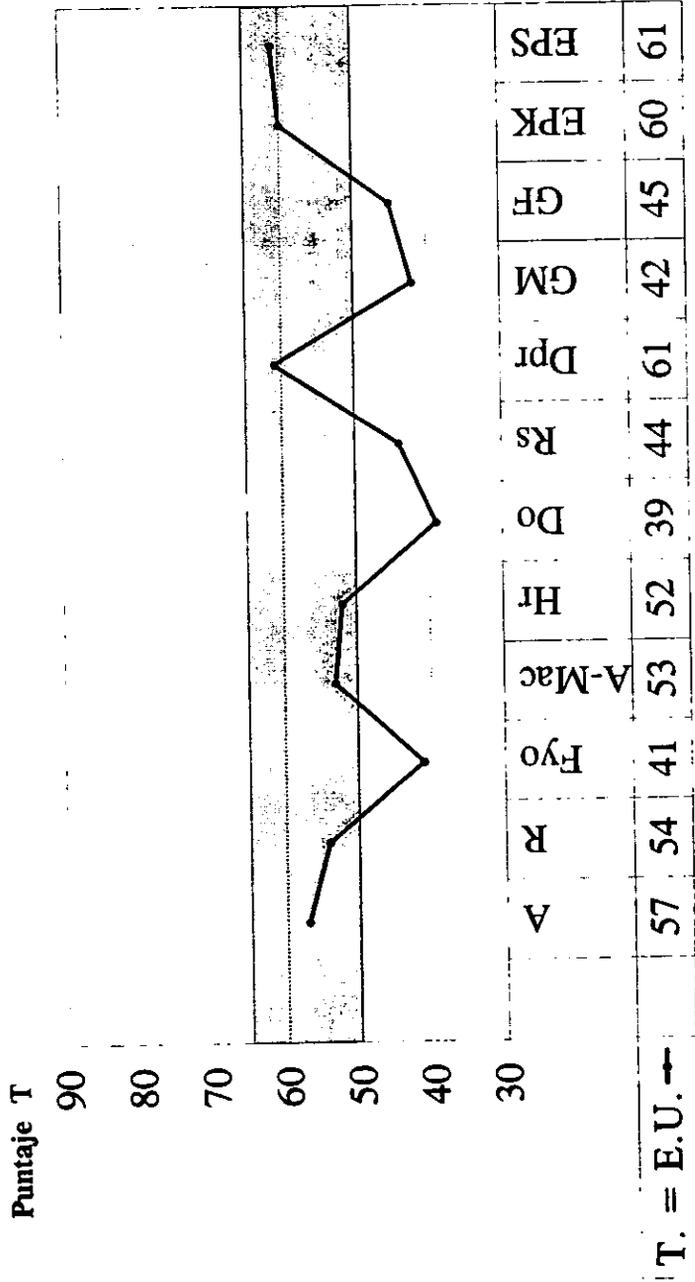


FIGURA 6

APÉNDICE II

APÉNDICE II: PUNTUACIONES T OBTENIDAS CON LAS MEDIAS DE LAS ESCALAS BASICAS DEL MMPI-2 PARA EL GRUPO DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

ESCALAS	HOMBRES (N=26)			MUJERES (N=64)		
	MEDIA	P=T/E.U.	P=T/MEX.	MEDIA	P=T/E.U.	P=T/MEX.
L	5.3	56	45	4.9	57	46
F	12.1	73	68	10.0	72	63
K	12.1	43	40	12.5	44	41
Hs	16.9	62	56	18.6	63	56
D	23.8	62	59	25.4	59	57
Hi	22.5	52	53	24.2	54	52
Dp	25.8	57	56	24.8	53	54
Mf	26.1	50	55	30.1	65	51
Pa	12.2	57	59	12.2	56	57
Pt	32.0	62	60	32.5	59	57
Es	37.1	69	64	34.9	65	59
Ma	23.9	59	54	22.0	56	52
Is	32.3	57	59	32.8	55	57
CLAVE DEL PERFIL	-8127/946035; F/L:K		-87/26014593; F:LK	-581/2769034; F/L:K		8267014395; -F:LK

APÉNDICE II: PUNTUACIONES T OBTENIDAS CON LAS MEDIAS DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO DEL MMPI-2 PARA EL GRUPO DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

ESCALAS	HOMBRES (N=26)			MUJERES (N=64)		
	MEDIA	P=T/E.U.	P=T/MEX.	MEDIA	P=T/E.U.	P=T/MEX.
ANS	11.6	65	62	12.0	61	60
MIE	7.1	60	55	10.6	62	53
OBS	8.6	63	64	7.9	56	59
DEP	11.8	65	65	12.0	62	63
SAL	11.1	64	60	12.6	64	60
DEL	6.0	63	61	5.0	61	58
ENJ	8.2	56	59	8.3	56	58
CIN	15.1	59	52	13.9	58	52
PAS	12.4	58	56	10.1	59	53
PTA	11.0	56	56	10.1	56	54
BAE	8.6	62	63	8.4	55	60
ISO	11.0	55	61	8.6	52	53
FAM	10.6	66	64	9.1	57	57
DTR	12.3	59	63	12.6	57	59
RTR	9.9	64	65	8.9	59	60

APÉNDICE II: PUNTUACIONES T OBTENIDAS CON LAS MEDIAS DE LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS DEL MMPI-2 PARA EL GRUPO DE PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA

ESCALAS	HOMBRES (N=26)			MUJERES (N=64)		
	MEDIA	P=T/ E.U.	P=T/MEX.	MEDIA	P=T/E.U.	P=T/MEX.
A	18.5	61	63	18.5	57	59
R	15.6	52	46	18.0	54	48
Fyo	31.8	38	39	29.6	41	30
A-Mac	22.7	53	52	21.0	53	53
Hr	13.2	52	43	14.5	52	47
Do	13.0	38	41	13.1	39	42
Rs	17.9	45	42	19.4	44	41
Dpr	19.3	62	63	20.1	61	60
GM	31.6	38	42	24.4	42	41
GF	25.9	47	45	34.6	45	46
EPK	17.4	65	65	15.7	60	61
EPS	24.4	67	66	22.3	61	61

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS BÁSICAS

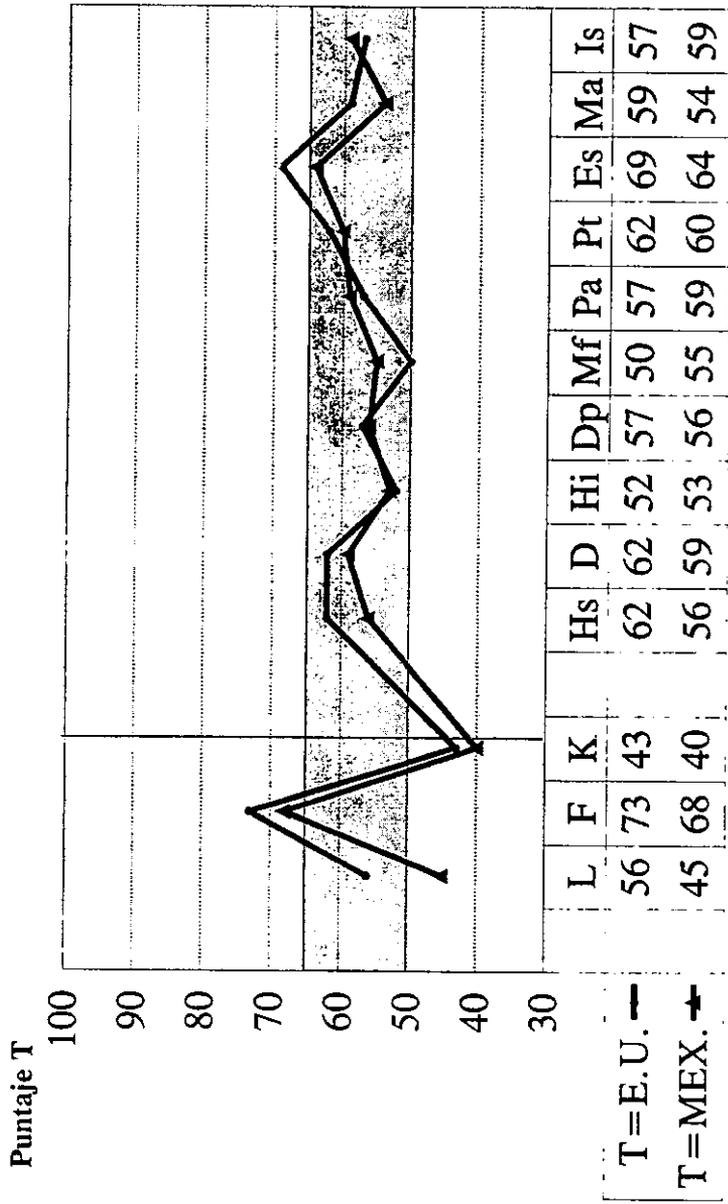


FIGURA 1

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS DE CONTENIDO

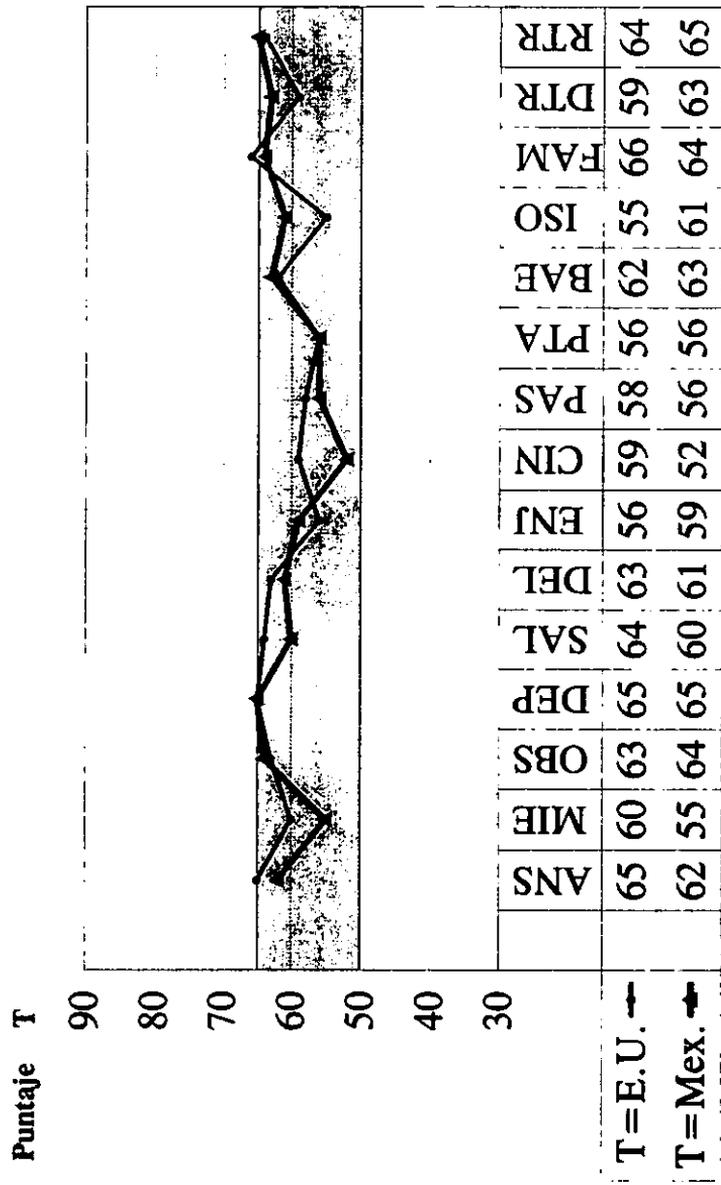


FIGURA 2

PERFIL MASCULINO DEL MMPI-2

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

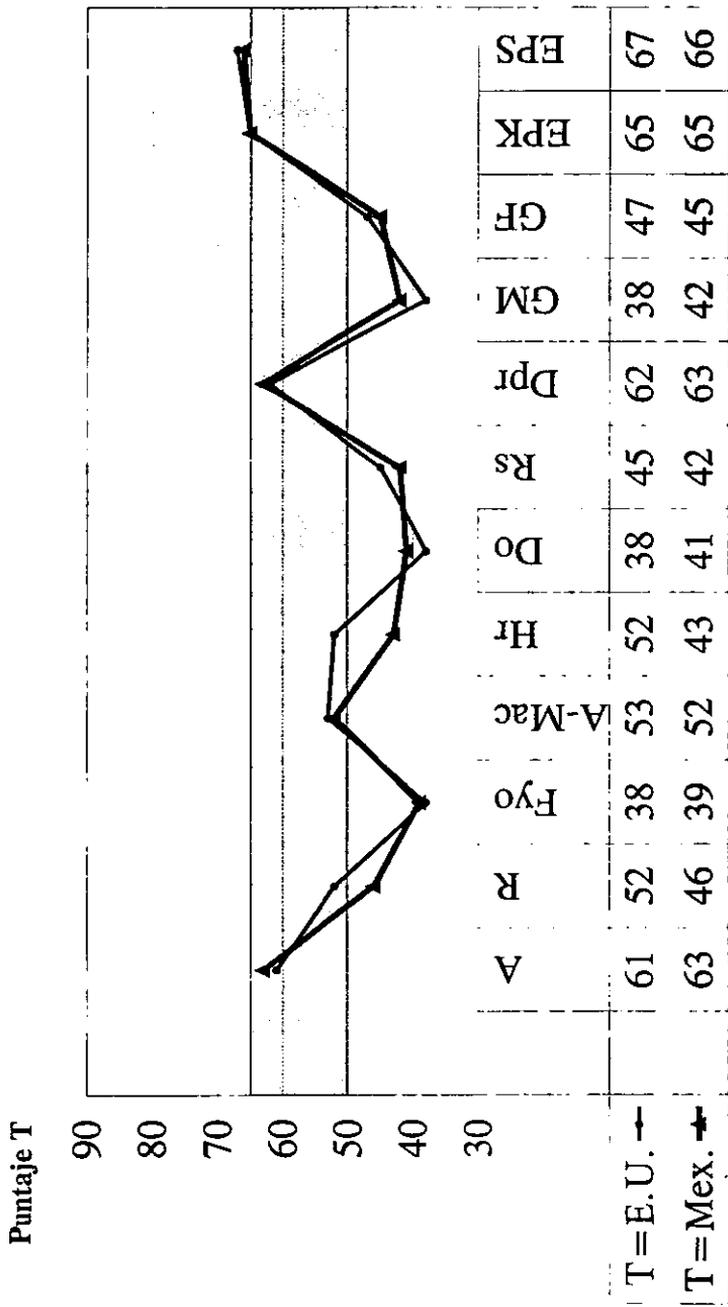


FIGURA 3

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-2

ESCALAS BÁSICAS

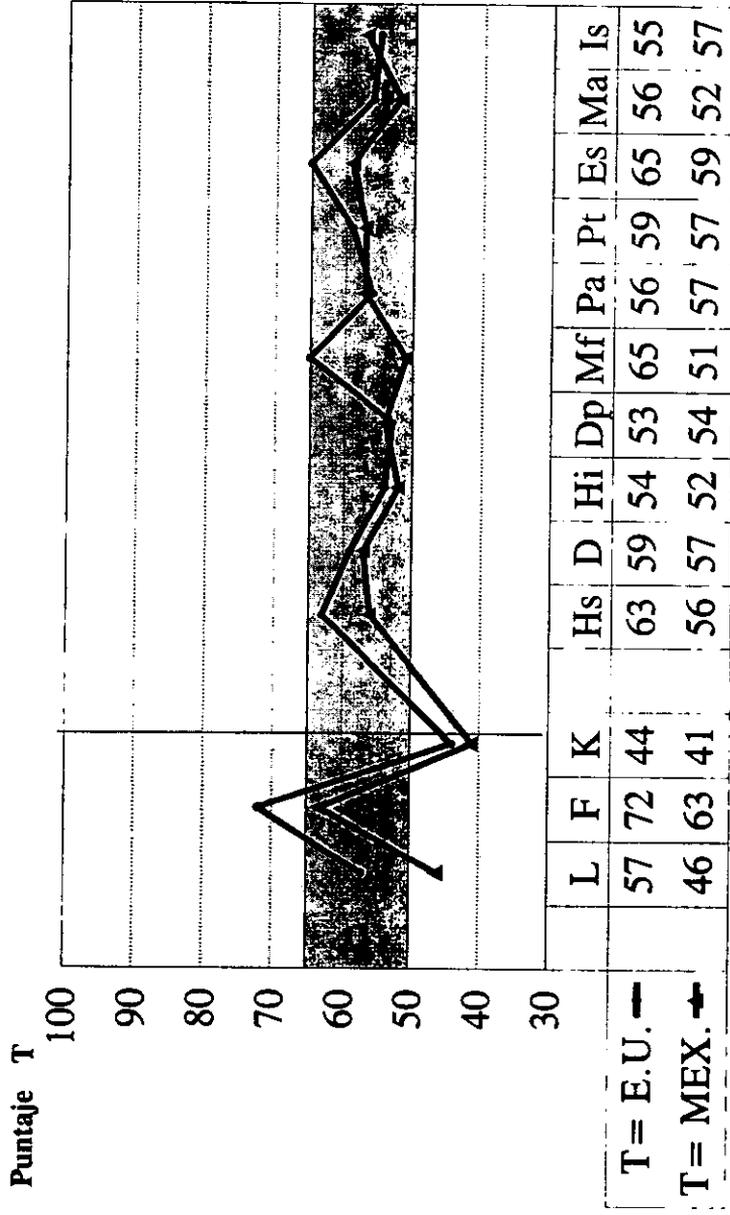


FIGURA 4

PERFIL FEMENINO MMPI-2

ESCALAS DE CONTENIDO

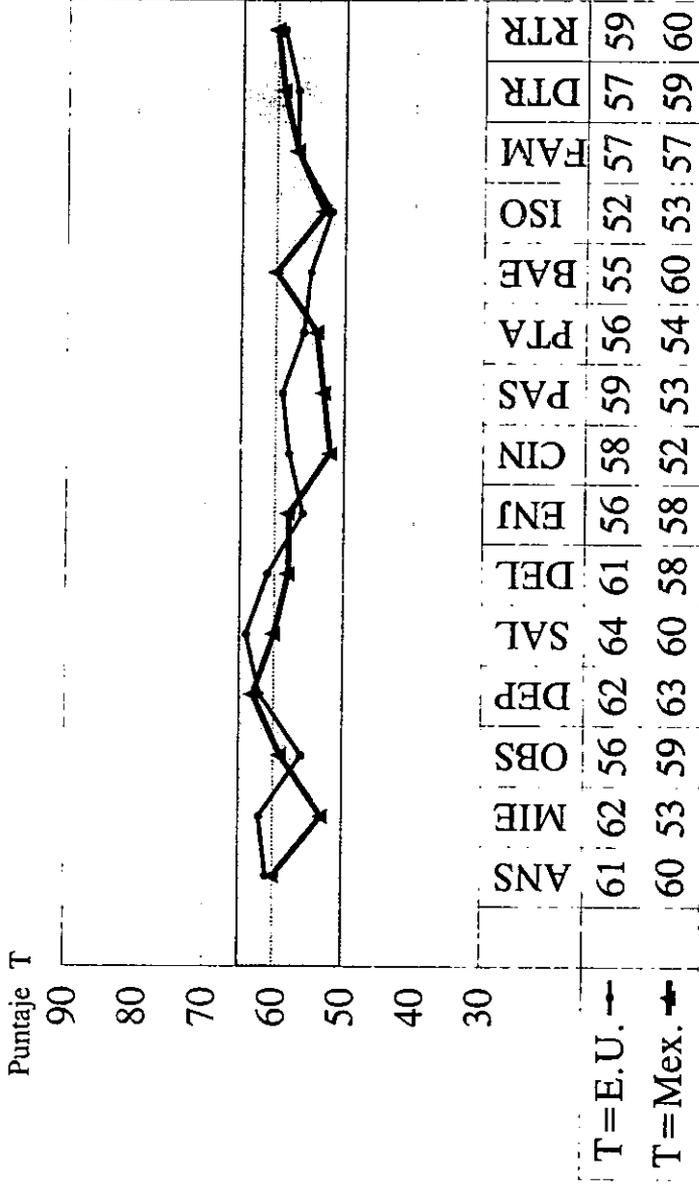


FIGURA 5

PERFIL FEMENINO MMPI-2

ESCALAS SUPLEMENTARIAS

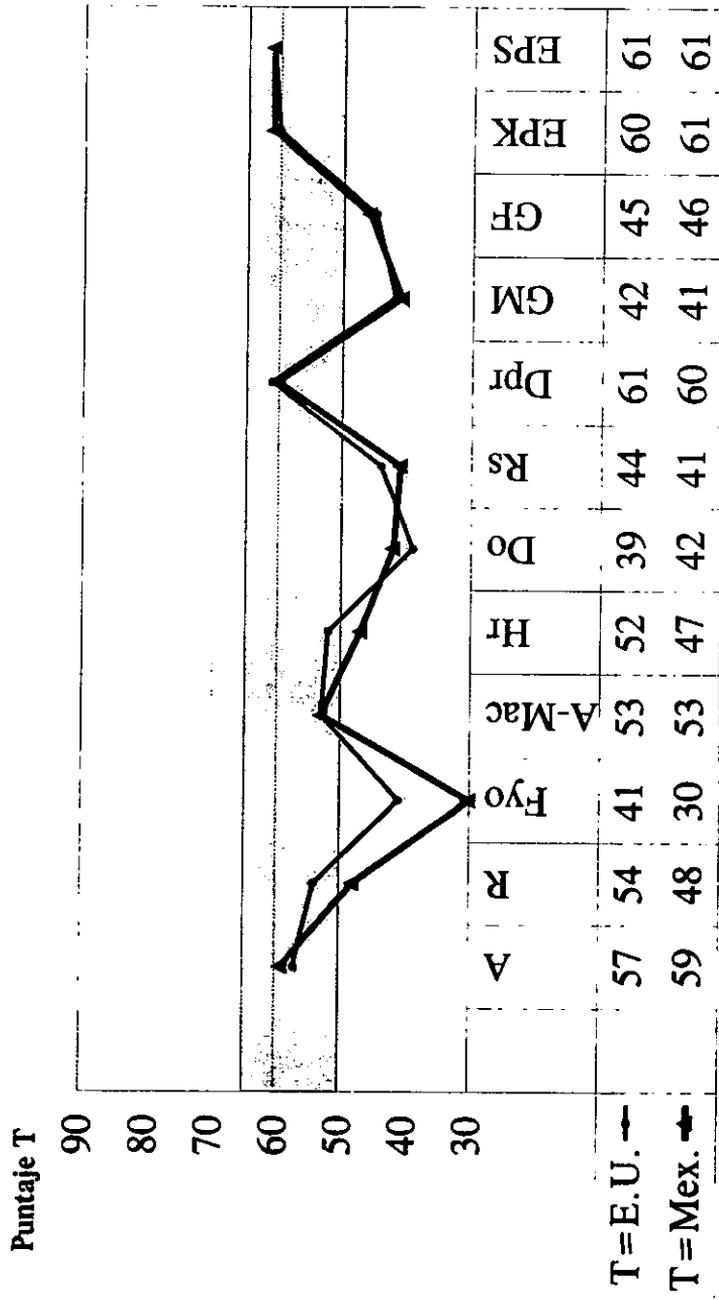


FIGURA 6