



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PERFIL DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DE ORIGEN GENETICO

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
EDUARDO CUEVAS AGUIRRE

DIRECTORA DE TESIS: MARIA EUGENIA DORANTES GUEVARA

OCTUBRE DE 2002





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.

# PAGINACION DISCONTINUA

# Í N D I C E

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	3
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
OBJETIVOS .....	8
General .....	8
Específicos .....	8
<b>CAPÍTULO I. PERSONALIDAD Y ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DE ORIGEN GENÉTICO</b> .....	<b>9</b>
<b>1. PERSONALIDAD</b> .....	<b>9</b>
1.1. Definición y concepto de personalidad .....	9
1.2. Rasgos de la personalidad .....	10
1.3. Principales instrumentos de evaluación de la personalidad .....	11
Pruebas proyectivas .....	11
Pruebas objetivas .....	11
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-E) .....	12
Escalas de validez .....	14
Escalas clínicas .....	15
<b>2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DE ORIGEN GENÉTICO</b> .....	<b>17</b>
2.1. Personalidad .....	18
2.2. Aspecto emocional .....	18
2.3. Aspectos sociales .....	22
Nivel individual .....	22
Nivel familiar .....	23

<b>CAPÍTULO II. ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES</b> .....	<b>27</b>
1. Definición y antecedentes históricos .....	27
2. Enfermedades neuromusculares de origen genético .....	27
2.1. Distrofias musculares .....	28
Distrofia muscular tipo Duchenne (DMD) .....	28
Distrofia muscular tipo Becker (DMB) .....	32
Distrofia muscular de Cinturas (DMC) .....	34
Distrofia muscular Facioescapulohumeral (DMFEH) .....	35
2.2. Neuropatías periféricas .....	36
Charcot Marie Tooth 1 (CMT1) .....	37
Charcot Marie Tooth 2 (CMT2) .....	38
Charcot Marie Tooth 3 (CMT3) .....	40
Charcot Marie Tooth 4 (CMT4) .....	41
Charcot Marie Tooth X (CMTX) .....	41
2.3. Atrofias musculares espinales (AME) .....	42
Atrofia muscular espina tipo 1: Enfermedad de Werding-Hoffman (AME1) .....	44
Atrofia muscular espina tipo 2: Intermedia, juvenil o crónica (AME2) .....	45
Atrofia muscular espina tipo 3: Enfermedad de Kugelberg-Welander (AME3) .....	46
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b> .....	<b>48</b>
1. Hipótesis de investigación .....	48
2. Tipo y diseño de estudio .....	49
3. Duración .....	49
4. Sujetos y grupos de estudio .....	49
5. Escenario de investigación .....	50
6. Variables de estudio .....	50
7. Diseño muestral .....	51
8. Criterios de inclusión y exclusión .....	52
9. Instrumentos de medición .....	53
10. Equipo y material .....	55

11. Procedimiento .....	56
12. Consideraciones éticas .....	57
<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE DATOS Y DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>59</b>
1. Estadística utilizada .....	59
2. Sujetos y grupos de estudio .....	60
3. Perfil de personalidad .....	62
Comparación por sexo .....	62
Comparación por escala .....	62
4. Análisis cualitativo .....	67
Comparación por grupo .....	67
Comparación por sexo .....	68
Análisis de reactivos .....	69
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>74</b>
1. Sujetos y grupos de estudio .....	74
2. Perfil de personalidad .....	75
Comparación por sexo .....	77
3. Análisis cualitativo .....	79
4. Análisis de reactivos por escalas .....	86
5. Análisis de las puntuaciones de las escalas del MMPI-E .....	92
Perfil de personalidad .....	93
Comparación por sexo .....	94
<b>PROPUESTA .....</b>	<b>97</b>
<b>ALGUNAS CONSIDERACIONES .....</b>	<b>103</b>
<b>ALCANCES Y LIMITACIONES .....</b>	<b>106</b>
<b>SUGERENCIAS .....</b>	<b>109</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>112</b>

GLOSARIO DE AUTORES .....	125
ANEXO .....	129
Carta de consentimiento informado .....	130
Entrevista del Instituto Nacional de Ortopedia (INO) .....	131
MMPI-E .....	133

## R E S U M E N

Los aspectos físico, emocional y de personalidad de los pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético (ENOG) tales como las distrofias musculares progresivas, las neuropatías periféricas y las atrofiás musculares espinales se ven afectados ante la pérdida de la salud. De igual manera, sus entornos familiar y social también se ven alterados.

Los desajustes que principalmente manifiestan éstos pacientes son la inhibición social, la pasividad, la depresión y la ansiedad. Motivo por el cual es necesario no sólo estudiarlos sino también describir y analizar sus consecuencias, lo que permitirá proporcionar un manejo psicológico más adecuado y mejorar su calidad de vida, así como la de sus familias y la sociedad en que se desenvuelven.

Por ello, el objetivo del presente estudio se orientó a conocer y describir la personalidad que presentan los pacientes con un diagnóstico clínico y electromiográfico de alguna de las enfermedades neuromusculares de origen genético mencionadas. La investigación fue de tipo no experimental y se seleccionó un diseño descriptivo transversal comparativo para el desarrollo de la misma.

El instrumento que se utilizó para la recolección de los datos fue la versión en español del Inventario Multifásico de la Personalidad o MMPI-E de Hathaway y McKinley adaptado a la población hispana por Rafael Núñez. Participaron 27 sujetos del Instituto Nacional de Ortopedia divididos en dos grupos de estudio pareados por sexo y edad: clínico y control. El grupo clínico estuvo conformado por 5 mujeres y 4 hombres con diferentes tipos de ENOG y el grupo control por 10 mujeres y 8 hombres sin enfermedad alguna, cuyas edades oscilaron entre los 17 y 30 años con una media de 23 años.

Para el análisis cuantitativo de los datos se utilizó la estadística descriptiva, obteniéndose las frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar; también se emplearon la T de Student, la  $\chi^2$  (ji o chi cuadrada), el contraste de la diferencia de proporciones, el análisis factorial y el alfa de Cronbach. Las discrepancias presentadas por los grupos en las diferentes escalas del MMPI-E no fueron significativas excepto la correspondiente a esquizofrenia en las mujeres ( $p = .03$ ).

Para el análisis cualitativo se consideró importante tomar en cuenta las diferencias presentadas por los grupos en las diferentes escalas del MMPI-E aún cuando no fueron significativas, por lo que se realizó un análisis individual de los reactivos que las conforman para los responsable de las mismas. De dicho análisis, 57 reactivos resultaron tener un valor significativo, los cuales fueron agrupados en cinco factores considerando

su valor estadístico y clínico. Lo anterior dió lugar a la propuesta de un instrumento integrado por cinco subescalas derivadas de tales factores para evaluar la personalidad de los individuos que padecen alguna ENOG. Dichas subescalas fueron denominadas: depresión/ manía, extroversión, contacto con la realidad, hipocondriasis y autocuidado.

Se llegó a la conclusión de que la personalidad y emociones de las personas con ENOG difieren en ciertas características de las personas sin este tipo de padecimiento y que la evasión, timidez, tristeza, desesperanza, indiferencia, aislamiento, fantasía, hostilidad con los seres queridos son los principales rasgos que manifiestan, los cuales a su vez se ven modificados por el género, ya que los hombres resultaron más afectados que las mujeres. Por ello, su estudio es necesario para mejorar la atención brindada a estos pacientes por parte del personal de salud (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, etc.) para mejorar su calidad de vida y la de sus familias.

En cuanto al MMPI-E se refiere, resultó ser un instrumento adecuado para la valoración de las personas con ENOG en relación a la personalidad y el aspecto emocional; no obstante, presentó ciertas desventajas pues dada su extensión (566 reactivos) resultó ser muy agotador por las características físicas propias de la enfermedad, además de que muchos de los reactivos no se aplican a este tipo de población por el cuidado que reciben.

## I N T R O D U C C I Ó N

El estudio de los problemas emocionales y de comportamiento conduce inevitablemente al campo de la psicología. En sus inicios, este tipo de estudios se realizaron investigando los procesos de desarrollo de la personalidad y de los trastornos patológicos asociados a los mismos. Entre las personas que se interesaron en conocerlos durante la segunda mitad del siglo XIX se encuentran Charcot, Janet, Jung y Freud, entre otros.

Con el transcurso del tiempo, el campo de la psicología se amplió al incluirse los aspectos biológicos. Esto es, no sólo se trataban los problemas afectivos, mentales y conductuales que manifestaban las personas sino también se estudiaban los síntomas físicos de las enfermedades que repercutían en la esfera psicológica y viceversa, así como la relación entre ambas áreas. La psicobiología es la disciplina que se enfoca precisamente a la integración de estos campos de estudio. Su objetivo se orienta a establecer la relación entre el medio físico y el funcionamiento del organismo con los procesos psicológicos.

Cuando se producen sucesos que amenazan la integridad física se pueden originar dolor y alteraciones estéticas que disminuyen la autosuficiencia, al igual que cuando existe peligro de muerte como consecuencia de los mismos. En ambos casos, las personas se enfrentan a diversas condiciones que generalmente van acompañadas de cambios importantes en su conducta, emociones y personalidad, entre otros aspectos. Por ello, el manejo integrado de las áreas biológica y psicológica de cualquier tipo de enfermedad permite prestar una mejor atención a los pacientes que las padecen, lo que conlleva a mejorar su calidad de vida y la de sus familias, dado que estas dos disciplinas interactúan y se retroalimentan mutuamente.

El presente trabajo se inserta en el área de la psicobiología, ya que aborda los cambios que se producen tanto en el área psicológica, específicamente la personalidad de los pacientes que padecen alguna enfermedad neuromuscular de origen genético, como en el área biológica dado que también se consideraron los síntomas físicos de éstas. De esta manera, se estudió la personalidad de este tipo de pacientes sin dejar de lado las características propias del

padecimiento, las cuales se encuentran estrechamente relacionadas a los cambios psicológicos de las personas que las presentan. Aporta información que permitirá prestar una mejor atención y como consecuencia una mejor calidad de vida a este tipo de población. Se encuentra conformado por cinco capítulos, cuyo contenido se describe brevemente a continuación:

El capítulo uno aborda los aspectos relacionados a la personalidad puesto que es una de las principales variables de interés de la presente investigación. Incluye entre otros tópicos: su definición y concepto, los estudios realizados, la manera de valorarse y los principales instrumentos que existen para ello. También se tocan las áreas psicológicas que se ven involucradas en las enfermedades neuromusculares de origen genético, describiéndose los cambios de personalidad y emocionales que presentan estos pacientes, así como sus efectos en el ámbito social tanto a nivel individual como familiar.

El capítulo dos trata sobre las enfermedades neuromusculares de origen genético. Entre los aspectos que se revisan se encuentran su clasificación, etiología, características clínicas, biológicas y moleculares, así como su pronóstico y tratamiento.

En el capítulo tres se describe la metodología que se utilizó para el desarrollo de la investigación. Se reseñan las hipótesis y variables, la duración y sujetos participantes, el diseño muestral, los instrumentos y procedimiento utilizados para la obtención de los datos y las consideraciones éticas, entre otros rubros.

En el capítulo cuatro se presentan el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos y los resultados arrojados. Asimismo, se incluyen las gráficas y las tablas que se consideró ilustran y apoyan mejor éstos.

En el capítulo cinco se hallan las conclusiones a las que se llegó derivadas de los resultados obtenidos; de igual manera, contiene la discusión de éstas a la luz de los antecedentes y las consideraciones teóricas.

En la última parte se expone la propuesta de una escala para evaluar la personalidad de los pacientes con ENOG derivada del MMPI-E, algunas consideraciones sobre los resultados del trabajo, los alcances y limitaciones de la investigación, así como las recomendaciones a los profesionistas que se dedican al estudio y atención de este tipo de personas.

Finalmente, en el anexo se encuentran la carta de consentimiento informado, la entrevista clínica utilizada en el Instituto Nacional de Ortopedia y el MMPI-E (cuadernillo, hoja de respuesta y formato de perfil y sumario), que fueron los instrumentos utilizados para el desarrollo de la investigación.

## PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las enfermedades neuromusculares de origen genético (ENOG) se caracterizan por una degeneración progresiva del músculo esquelético que inevitablemente conduce a la muerte. En las personas que las padecen, el deceso sobreviene en la segunda o tercera década de la vida al no existir un tratamiento definitivo para las mismas. Entre los trastornos de este tipo, los que se presentan con mayor frecuencia son las distrofias musculares progresivas, las atrofas musculares espinales y las neuropatías periféricas.

Ante el diagnóstico de cualquiera de estas enfermedades, el área psicológica se ve afectada debido a que se manifiestan desajustes emocionales, físicos y de personalidad asociados al deterioro biológico que las caracteriza, sobreviniendo finalmente la muerte; hecho que tienen que afrontar tanto los pacientes como sus familias (Eggers y Zatz, 1998).

La mayoría de las veces el tratamiento de los pacientes con ENOG se enfoca principalmente a la parte médica, dejando de lado el impacto y los efectos que se producen en los demás aspectos que conforman a los individuos entre los que se encuentra el psicológico, el cual es fundamental por la estrecha relación que existe entre lo mental y lo biológico.

Trabajos previos muestran que tanto los pacientes como sus familiares presentan desajustes psicológicos ante el diagnóstico de este tipo de padecimientos debido entre otras cosas a la falta de tratamientos definitivos. En relación a esto, en nuestro país no existen investigaciones que describan la personalidad de los pacientes con ENOG, y de igual modo, tampoco se pueden encontrar estudios que reporten la manera como se valora de forma integral los rasgos, indicadores y porcentajes de las principales alteraciones emocionales y sociales asociadas a éstas.

Por este motivo, es necesario estudiar los aspectos de personalidad que se ven afectados cuando los individuos padecen alguna ENOG, ya que la mayoría de las veces el tratamiento únicamente se enfoca a la parte médica o a la repercusión familiar, mostrándose un

descuido en la parte psíquica. Esto permitirá un manejo psicológico más adecuado de los pacientes y sus familias, mejorando la calidad de vida no sólo de éstos, sino también de la sociedad.

La presente investigación se dirigió a tocar lo concerniente a la evaluación y descripción de la personalidad de los pacientes con ENOG tales como las distrofias musculares progresivas, las atrofas musculares espinales y las neuropatías periféricas, que como ya se mencionó, no se ha realizado en México y escasamente en otros países. La muestra estuvo constituida por personas con este tipo de padecimiento y sus respectivos controles que acudieron al Instituto Nacional de Ortopedia. El instrumento que se utilizó para la obtención de los datos fue el inventario Multifásico de la Personalidad o MMPI-E de Hathaway y McKinley adaptado a la población hispana por Rafael Núñez en 1979. Las preguntas que se derivaron de la falta de información respecto a este tema fueron las siguientes:

¿Cómo es el perfil de personalidad de las personas que padecen enfermedades neuromusculares de origen genético?

¿Qué porcentaje de los pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético obtienen puntuaciones altas, medias y bajas en las diferentes escalas del MMPI-E?

¿Cuáles son los principales indicadores y rasgos de personalidad de los hombres y las mujeres con alguna enfermedad neuromuscular de origen genético?

¿Qué diferencias hay entre la personalidad de los pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético y la personalidad de las personas que no padecen este tipo de enfermedad?

¿El MMPI-E es un instrumento adecuado para evaluar los trastornos de personalidad que presentan los pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético?

Para dar una respuesta a dichas inquietudes, los objetivos general y específicos se orientaron precisamente a indagar tales interrogantes. Éstos se encuentran enlistados en el siguiente apartado de una manera más precisa.

## O B J E T I V O S

### **GENERAL.**

Conocer el perfil de personalidad que presentan los pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético (distrofias musculares progresivas, atrofas musculares espinales y neuropatías periféricas).

### **ESPECÍFICOS.**

1. Conocer el porcentaje de los pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético que obtienen puntuaciones altas, medias y bajas en las diferentes escalas del MMPI-E.
2. Identificar los principales indicadores y rasgos de personalidad que presentan los hombres y las mujeres con alguna enfermedad neuromuscular de origen genético.
3. Establecer las diferencias entre la personalidad de los pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético y la personalidad de los sujetos que no presentan este tipo de padecimiento.
4. Determinar si el MMPI-E es un instrumento adecuado para evaluar los trastornos de personalidad que presentan los pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético.

## CAPÍTULO I

### PERSONALIDAD Y ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DE ORIGEN GENÉTICO

#### 1. PERSONALIDAD.

##### 1.1. DEFINICIÓN Y CONCEPTO DE PERSONALIDAD.

El estudio de la personalidad ha sido abordado desde diferentes aproximaciones teóricas tales como la psicoanalítica, conductual, social, humanista y médica, que han sido las más significativas.

Allport sugirió en 1961 que la personalidad es una entidad que algún día podría ser demostrada de manera directa como algo real en las personas implicando componentes fisiológicos cerebrales o neuronales. La definió como la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan la conducta y los pensamientos característicos de los individuos, describiendo cada palabra elegida: organizada porque es estructurada, dinámica porque tiene movimiento y es cambiante, psicofísica porque implica tanto a la mente como al cuerpo, determinada porque está estructurada por el pasado y predispuesta para el futuro y característica porque es única para cada individuo (citado por Dicaprio, 1989).

Igualmente Allport propuso las teorías de la continuidad y discontinuidad de la personalidad, en donde ambas consideran a las personas como abiertas y activas en la consolidación e integración de la experiencia y cada etapa implica una organización diferente en relación a la etapa que la antecedió. La teoría de la continuidad sugiere que el desarrollo de la personalidad es en esencia la acumulación de habilidades, hábitos y discriminaciones sin que en realidad aparezca algo nuevo en la estructura de la persona, en cambio, la teoría de la discontinuidad sugiere que en el transcurso del desarrollo los organismos experimentan

transformaciones o cambios de modo que alcanzan niveles superiores de organización en forma sucesiva (citado por Dicaprio, 1989).

## **1.2. RASGOS DE LA PERSONALIDAD.**

En sus inicios el concepto de rasgo fue desarrollado tanto por Catell como por Allport. Este último propuso en 1937 una concepción biofísica y neuroquímica de los rasgos enfatizando que son estructuras auténticas, consistentes y perdurables que influyen y explican la conducta humana, definiéndolos como la tendencia determinante o predisposición a responder ante el mundo en ciertas formas. Igualmente, sugirió que los rasgos de personalidad pueden ser considerados como la realidad última de la organización psicológica y distinguió entre rasgos comunes y rasgos individuales o disposiciones personales (citado por Dicaprio, 1989).

Allport consideró que los rasgos comunes son un constructo hipotético que permite comparar a los individuos dentro de una cultura determinada aunque éstos no sean idénticos, esto es, son disposiciones personales o características determinantes generales que describen en forma precisa el carácter único y particular de las personas colocándolas en categorías comparables de mayor a menor importancia. Cuando una de tales disposiciones personales es muy penetrante y da lugar a que casi toda la conducta de los sujetos esté influida por ella se convierten en disposiciones cardinales; constituyendo los rasgos individuales o disposiciones personales, las cuales se refieren a las características y tendencias esenciales de los individuos y proporcionan adjetivos o frases que se pueden utilizar para describirlas (citado por Dicaprio, 1989).

Por otro lado, Catell pensó que la exploración de los rasgos ayudaría a entender la estructura y función de la personalidad y distinguió dos tipos: superficiales y fuente. A los rasgos superficiales los consideró como los grupos de respuestas conductuales manifiestas que parecen ir juntas tales como la integridad, honestidad, autodisciplina y seriedad. En cambio, a los rasgos fuente los describió como las variables subyacentes que permiten resumir y describir a las personas y determinan las manifestaciones superficiales, en este caso la fuerza del yo;

además, tienen una influencia superficial genuina sobre la personalidad y, por lo tanto, determinan la manera como se comportan los individuos (citado por Lindzey, 1992).

### **1.3. PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD.**

Existe una gran variedad de pruebas encaminadas a la evaluación de la personalidad, las cuales se clasifican en dos tipos: proyectivas y objetivas. A continuación se describen brevemente éstas tomando como referencia a Garfield (1974) a Douglas y Nietzel (1988).

#### ***Pruebas proyectivas.***

Las pruebas proyectivas se asocian principalmente con el modelo psicodinámico de la psicología clínica. Se basan en el supuesto de que la personalidad de los individuos determinará, por lo menos en parte, la forma como perciben e interpretan las cosas. Este tipo de pruebas provocan reacciones a estímulos ambiguos o carentes de estructura tales como manchas de tinta o frases incompletas que posteriormente se interpretan como un reflejo de la estructura y dinámica (principalmente inconsciente) de la personalidad. Algunas se aplican y responden por escrito, aunque lo más común es que las personas examinadas den una respuesta oral a cada reactivo y el aplicador transcriba o grabe las respuestas para su interpretación posterior. El proceso de calificación es más subjetivo e inferencial. Entre las pruebas proyectivas podemos encontrar: las manchas de tinta de Rorschach, los dibujos de la figura humana y de la familia de Machover, el dibujo de la casa, árbol y persona, las pruebas de apercepción temática de Bellack (CAT, TAT y SAT) y la prueba de frases incompletas de Sacks, como las más utilizadas.

#### ***Pruebas objetivas.***

Las pruebas objetivas presentan estímulos bastante claros y específicos tales como preguntas, declaraciones o conceptos, los cuales proporcionan una respuesta, elección o calificación directa por parte de los examinados. La mayoría son de tipo escrito y se pueden calificar matemáticamente. Algunas se centran únicamente en un aspecto de la personalidad

como la ansiedad y dependencia (fuerza del ego), mientras que otras fueron elaboradas con el propósito de proporcionar una perspectiva más comprensiva de muchas de sus dimensiones. Entre las principales pruebas objetivas empleadas podemos encontrar: la Forma de Datos Personales (Personal Data Sheet) de Woodsworth elaborada en 1919 para seleccionar a los soldados que tenían problemas psicológicos en la Primera Guerra Mundial, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) de Hathaway y McKinley integrada en 1940 y los 16 Factores de la Personalidad (FP-16) de Catell, entre otros. Dado que en la presente investigación el instrumento que se utilizó para la recolección de los datos fue el MMPI-E, éste se describirá de una forma más amplia.

#### ***Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.***

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) es una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el campo de la evaluación de la personalidad en todo el mundo, ya que cumple con una rígida validez de constructo que permite un serio tratamiento estadístico de los datos obtenidos. También cuenta con las ventajas de una prueba proyectiva al ser un instrumento autodescriptivo, es decir, se pueden evaluar las características propias de la personalidad de los sujetos a la vez que se pueden comparar con la norma del grupo a la que pertenecen (Rívera, 1991).

El MMPI surgió de la necesidad de evaluar la personalidad y también como un instrumento que por sus características cumpliera con las siguientes condiciones (Núñez 1996):

- ♦ Los sujetos evaluados pudieran autodescribirse, es decir, hablar de sus características desde su punto de vista.
- ♦ Aportara mayor cantidad de información de tipo cuantitativo que las entrevistas o los informes.
- ♦ Fuera un método más económico para obtener cierto tipo de información en comparación con la entrevista, por ejemplo.
- ♦ Fuera objetiva en relación a su administración e interpretación.

- ◆ Permitiera la identificación de variables particulares dentro de las categorías diagnósticas.
- ◆ Fuera útil en la determinación de la falsedad, veracidad o exageración de los datos proporcionados por los sujetos.
- ◆ Fuera lo suficientemente sensible a las distorsiones (por ejemplo, intentar dar una impresión más o menos favorable según los intereses de los sujetos) para que a partir de esto, se pudieran detectar las inconsistencias en la forma de respuesta.
- ◆ Determinara si en su aplicación habían existido problemas por la falta de entendimiento de los reactivos.

Partiendo de estas inquietudes, Hathaway y McKinley en 1967 se dieron a la tarea de seleccionar los enunciados que ellos consideraban como los más discriminativos a partir de los reactivos ya existentes en otros tipos de pruebas, informes, libros, escalas de actitudes, historias de casos, etc., formando un banco de 1200 reactivos, los cuales fueron reducidos a solamente 504 (citado por Núñez, 1996).

Las normas de calificación originales se derivaron de una muestra de 700 sujetos "normales", la cual estuvo constituida por los siguientes grupos: obreros, pacientes (excluidos los pacientes psiquiátricos), médicos, familiares y visitantes de los pacientes internos de los Hospitales de la Universidad de Minnesota y estudiantes recién graduados de bachillerato que asistían a conferencias en esa misma Universidad. Esta muestra se comparó con un grupo clínico conformado por más de 800 pacientes psiquiátricos también de los Hospitales de la Universidad de Minnesota que incluían representantes de las categorías diagnósticas de la época en que se elaboró la prueba divididos en subgrupos, quienes constituyeron las muestras de los diversos diagnósticos clínicos: hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía; posteriormente se agregaron las escalas de masculino/femenino e introversión social.

Actualmente el MMPi consta de 566 reactivos que se pueden contestar como cierto, falso u omitir la respuesta. Está formado por dos tipos de escalas: cuatro de validez (T, L, F y K) que tienen como propósito primordial determinar si las respuestas no fueron distorsionadas en un

grado tal que pudieran alterar tanto la calificación como la interpretación de la prueba y diez escalas clínicas (1 Hs, 2 D, 3 Hi, 4 DP, 5 M/F, 6 Pa, 7 Pt, 8 Es, 9 Ma, 10 E/I) que se orientan a evaluar los diferentes rasgos de la personalidad de los individuos (Rivera, 1991; Acevedo, 1990; Suárez, 1988). En los párrafos siguientes se describen éstas en forma muy breve de acuerdo a Acevedo (1990).

⇒ *Escalas de validez.*

**Escala 7.** Agrupa los reactivos que no fueron contestados por los sujetos tales como omisiones que pueden deberse a diferentes factores; por ejemplo: problemas para entenderlos, falta de disposición para contestarlos o falta de contacto cultural en algunas áreas de la prueba.

**Escala L.** Evalúa la alteración de las respuestas cuando éstas no reflejan las actitudes convencionales con las que los individuos muestran su apego a los valores sociales y no reaccionan de acuerdo con las expectativas del grupo, es decir, evalúa si los sujetos pretenden dar una muy buena impresión por medio de sus respuestas o si demandan ayuda de manera exagerada. En este sentido, si las puntuaciones son altas se muestra apego a las actitudes sociales convencionales o si por el contrario son bajas, pueden indicar rigidez en la autodescripción y una falta de interés por adherirse a las normas sociales convencionales.

**Escala F.** Evalúa las alteraciones psicológicas severas. Cuando las puntuaciones se encuentran elevadas se evidencian factores que producen tensión interna o la exageración de la problemática por parte de los pacientes, lo que se puede relacionar con la incapacidad que sienten para manejar sus problemas o bien con que no entendieron claramente los reactivos, sobre todo los que se encuentran escritos en forma negativa. Las puntuaciones muy bajas pueden relacionarse con problemas en la capacidad de *insight* (revelación o darse cuenta de algo en forma súbita o repentina al relacionar una serie de eventos) de los individuos.

**Escala K.** Se compone por reactivos que se refieren a la tendencia a no reconocer la propia problemática. Las puntuaciones elevadas indican que los individuos se sienten con capacidad suficiente para resolver ésta y restan importancia a sus problemas o dificultades,

actitud que puede traer conflictos relacionados con el manejo de la entrevista y la postura que se tome ante las sugerencias terapéuticas. Por otro lado, una disminución en las puntuaciones se refiere a que los sujetos se perciben incapacitados para manejar y resolver su propia problemática. También contribuye como factor de corrección de la prueba al elevar las puntuaciones de las 5 escalas clínicas que tienen la mayor probabilidad de alterarse (hipocondriasis, desviaciones psicopáticas, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía).

⇒ *Escalas clínicas.*

**1. Hipocondriasis (Hs).** Término que actualmente no es muy utilizado pero que se refiere a una excesiva sensibilidad y preocupación relacionadas con la salud física. Las puntuaciones altas describen la presencia de problemas somáticos como fatiga, cansancio y molestias físicas vagas. Las puntuaciones bajas son el reflejo de muy poca o ninguna preocupación somática.

**2. Depresión (D).** Describe el conjunto de características relacionadas con síntomas tales como tristeza, inseguridad, discapacidad, abatimiento y culpa de las personas. Las puntuaciones altas deberán interpretarse de acuerdo a la relación que guarden con otras de las escalas del MMPI-E para poder hablar de inseguridad, actitud derrotista, falta de motivación, etc. Las puntuaciones bajas pueden vincularse a una disminución de la autocrítica de los propios sujetos en relación a su descripción.

**3. Histeria (Hi).** Alude a la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia que los individuos demandan de su grupo. Las puntuaciones altas indican una actitud infantil, dependiente y manipuladora por parte de los sujetos. Las puntuaciones bajas hablan de sujetos independientes que tratan de no establecer relaciones de dependencia.

**4. Desviaciones psicopáticas (DP).** Mide la posibilidad de que los individuos manifiesten sus descargas impulsivas en forma abierta y sin control. Las puntuaciones altas se asocian a individuos narcisistas que tratan de conseguir de inmediato lo que desean, característica que puede traer consigo problemas con figuras de autoridad o incluso de

relaciones interpersonales. Las puntuaciones bajas hablan de sujetos que tratan de controlar sus descargas impulsivas, aunque dicho control puede ser frágil y eventualmente éstas pueden presentarse, cosa que para ellos es molesto.

**5. Masculino y femenino (M/F).** Reseña las características masculinas y femeninas que el grupo social asigna convencionalmente a los respectivos papeles de varón y mujer. Las puntuaciones altas indican qué tan alejados se encuentran los sujetos del rol socialmente aprobado y establecido. Las puntuaciones bajas reflejan la aceptación y ejecución adecuada para cada sexo.

**6. Paranoia (Pa).** Pone de manifiesto actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y la tendencia a interpretar los estímulos de manera inadecuada. Las puntuaciones altas se vinculan a características tales como desconfianza, suspicacia y tendencia a la sobreinterpretación de los estímulos que a menudo puede ir acompañada de descargas de tipo agresivo que se manifiestan en pos de salvaguardar la seguridad. Las puntuaciones bajas tienen que ver con sujetos que se niegan a aceptar las características anteriormente mencionadas y aparentan ser individuos muy controlados en situaciones de conflicto.

**7. Psicastenia o angustia (Ps).** Valora la angustia con que los individuos se enfrentan a las diversas situaciones de la vida. A las puntuaciones altas de la angustia se les pueden sumar otras características como incapacidad para tomar decisiones rápidas, actitudes de exigencia hacia sí mismos, etc., también los sujetos pueden presentar problemas en sus relaciones interpersonales principalmente por su falta de tolerancia. Las puntuaciones bajas indican que los sujetos no tienen tendencias a preocuparse, poseen buena capacidad para organizar su vida personal y mantienen una actitud ordenada.

**8. Esquizofrenia (Es).** Es una escala débil, ya que se entiende que la esquizofrenia es uno de los síndromes más complejos que se conocen y no es posible evaluarlo solamente a través de algunos reactivos. Las puntuaciones elevadas pueden ser interpretadas como una tendencia al aislamiento y fantasía, características que pueden asociarse con problemas en las relaciones interpersonales. Las puntuaciones bajas hablan de individuos que se perciben de una forma realista con una adecuada capacidad de socialización.

9. **Hipomanía (Ma).** Evalúa la energía que tienen los sujetos para fijarse metas, ambicionar algo y tratar de alcanzarlo. Las puntuaciones altas son características de personas dinámicas, emprendedoras, con gran energía para realizar múltiples actividades y que establecen relaciones interpersonales de tipo superficial. Las puntuaciones bajas se relacionan a falta de energía y motivación, lo que a su vez puede estar asociado a características de tipo depresivo.

10. **Introversión-Extroversión (E/I).** Describe a los sujetos que tienden a ser introvertidos o extrovertidos. Las puntuaciones altas se asocian a características relacionadas con la introversión y la capacidad de *insight*, sobre todo la capacidad de los individuos para reflexionar sobre sí mismos, aunque sus relaciones interpersonales pueden verse afectadas por su tendencia al aislamiento. Las puntuaciones bajas hablan de características relacionadas con la extroversión tales como interés en actividades del medio ambiente, adaptación social, menor capacidad de *insight*, etc.

## 2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DE ORIGEN GENÉTICO.

La estructura de personalidad, metas e interrelaciones personales de los pacientes que cursan alguna enfermedad neuromuscular se ven afectados, por lo que no solamente enfrentan el deterioro de sus funciones físicas, sino también se vuelven susceptibles a los problemas emocionales y conductuales, así como a la reducción de su funcionamiento cognoscitivo.

Los aspectos psicológicos que acompañan a esta clase de enfermedades representan un gran conflicto para los pacientes y sus familiares. Al respecto, Buchanan y col. (1979) entrevistaron a padres de niños con distrofia muscular tipo Duchenne y encontraron que el 76% de ellos hacía referencia al aspecto psicológico como el segundo gran problema que enfrentaban después de la incapacidad física. Los principales aspectos afectados eran la personalidad y las áreas emocional y social.

## **2.1. PERSONALIDAD.**

Cualquier situación que amenace la integridad física de los individuos, ya sea que produzca dolor, afecte estéticamente, disminuya la autosuficiencia o implique peligro de muerte, determina un cambio importante en el estado de ánimo. Es muy probable que las personas que sufren de cualquier enfermedad desarrollen una respuesta psicológica a ésta, ya que conlleva una alteración inesperada y no deseada en el curso normal de sus vidas. Las manifestaciones de tales respuestas psicológicas están matizadas en gran parte por las características personales de cada individuo. Las alteraciones de la personalidad y los principales cambios que se observan se manifiestan tanto en la conducta como en el pensamiento, la conciencia y el afecto, ya que penetran y colorean toda la vida psíquica y determinan la actitud general de rechazo o aceptación ante cualquier experiencia.

Harper (1978) encontró que los individuos que padecen algún problema o enfermedad que implique algún impedimento físico o malformaciones fenotípicas, suelen presentar una alteración en la personalidad caracterizada principalmente por aislamiento, pesimismo, egocentrismo, introversión, desesperación y depresión.

Estudios previos reportan que los pacientes con ENOG presentan una tendencia al aislamiento y a la fantasía, excesiva sensibilidad y preocupación relacionadas con su salud física, sensación de problemas somáticos como fatiga, cansancio, molestias físicas vagas y síntomas tales como tristeza, inseguridad, discapacidad, abatimiento, actitud derrotista, falta de motivación y sentimientos de culpa (Bird y cols., 1982; Harper, 1983).

## **2.2. ASPECTO EMOCIONAL.**

La ansiedad y la depresión son los aspectos emocionales más importantes que se presentan en los padres de niños con alguna enfermedad neuromuscular. Éstos surgen ante la inexplicable degeneración de las funciones, el estigma social, el pavor de tener que explicarles a sus hijos en qué consiste la enfermedad y ante la culpa del aspecto genético de la misma (Buchanan y col., 1979).

Los pacientes viven un proceso de duelo ante cada pérdida experimentada tales como la ambulación, la función de las extremidades superiores, la autonomía respiratoria, las opciones sociales y de empleo (en algunos casos). Tanto los pacientes como sus familias no sólo se enfrentan a este tipo de pérdidas sino también a la muerte, lo que provoca que ambos experimenten un intenso impulso por tener un mayor contacto físico y emocional entre ellos, además de requerir del soporte emocional de un profesional encaminado al ajuste de estas pérdidas y para enfrentar la muerte (Eggers & Zatz, 1998; Kubler-Rosse, 1969; Siegal y cols., 1993). No obstante, aparentemente los pacientes pueden sobrellevar su enfermedad aunque tienden a experimentar desajustes emocionales y conductuales tales como la negación, la depresión, la ira y la ansiedad, causados por los cambios en su estilo de vida.

Naugle (1988) describe la negación como un mecanismo de defensa que niega o minimiza la existencia o las implicaciones de una incapacidad o condición física. Es la primera respuesta ante un diagnóstico inicial. Esta reacción permite a los individuos mantener su sentido de sí mismos y de competencia al enfrentar sus limitaciones; por ejemplo, los pacientes pueden expresar: "los médicos están equivocados", "el laboratorio cometió un error", "mi caso es diferente", etc. La negación puede ser manifestada en formas extremas como el engaño que sirve para eternizar la negación de las limitaciones físicas; por ejemplo, un paciente creía que sus pies y manos fueron atadas y expresaba al personal médico: "si me desatas las manos y los pies podré ser hábil para moverme". De esta manera, evitan reconocer que su incapacidad es producto de ellos mismos y no del exterior.

Los pacientes típicamente reportan sentimientos de depresión, pérdida de valores, desesperación y pesimismo con respecto al futuro. Las pérdidas devastadoras y las restricciones en el nuevo estilo de vida conducen a que haya una alta prevalencia de desórdenes depresivos entre los individuos con enfermedades neuromusculares. Los síntomas de disforia o depresión pueden ir acompañados por decremento del apetito, la atención y la concentración, alteraciones del sueño, sentimientos de inadecuación, aislamiento social, irritabilidad o excesivo coraje, incapacidad de responder con entusiasmo a la recompensa o alabanza y pérdida del placer en actividades y pasatiempos. Los intentos o ideas suicidas son raras, pero cuando llegan a presentarse, los pacientes necesitan de una intervención en crisis, así como de hospitalización en caso de ser necesario (Fitzpatrick y col., 1986; Kaplan, 1991; Bach y col., 1991; Bach & Tilton, 1994).

Los pacientes experimentan sentimiento de coraje hacia su situación actual, hacia Dios y hacia los médicos y cuidadores, quienes según ellos, los juzgan incompetentes, condescendientes, empujados o infantilizados. Frecuentemente sus sentimientos de frustración incrementan su coraje provocando que lo expresen de una forma inadecuada como es el caso de la insatisfacción con el tratamiento, el abuso de sustancias, la alteración en la alimentación, la preocupación excesiva por sus malestares somáticos y gestos suicidas. La expresión directa del coraje beneficia a los pacientes liberándolos de una carga emocional. Desafortunadamente, en muchos casos está se ve evitada porque los pacientes temen que la expresión de sus necesidades y coraje puedan ser dañinos para las relaciones juzgadas como necesarias para sobrevivir (Bach, 1992).

Los pacientes con enfermedades neuromusculares presentan síntomas elevados de ansiedad, típicamente hipervigilia, excesivo alertamiento con pensamientos repetitivos y en ocasiones reportan malestares somáticos. En el transcurso de la enfermedad, la ansiedad tiende a incrementarse sobre todo en las etapas tardías, principalmente cuando la dificultad para respirar se hace presente y los pacientes pueden sentir que la muerte es inminente (Barnett & Bach, 1995).

La aceptación de la situación actual que viven los pacientes es la meta a lograr en un proceso terapéutico porque asimilan cognoscitiva y emocionalmente la realidad e implicación de su condición física. La adaptación implica una reorganización de metas y una reintegración de sí mismos, así como la decisión de que su estilo de vida se acomode a su padecimiento. Pendleton (1985) comenta que el tratamiento es exitoso cuando la respuesta psicológica de los pacientes se centra en lograr que su enfermedad no interfiera con su vida diaria. El aceptar que no pueden controlar su enfermedad les permite estar continuamente reorganizando sus metas y evaluando sus expectativas, lo cual los coloca en un estado elocuente, es decir, manteniendo una actitud positiva y viviendo la vida día a día. Para este autor, la aceptación sólo abarcaría las salidas de confrontación que están relacionadas con estar moribundos, la muerte y la mortalidad. Kalish (1981) al respecto menciona que el deseo de los pacientes con alguna enfermedad terminal es hablar de la muerte, lo cual requiere de ayuda profesional para encontrarla en forma pacífica (citado por Madorsky y col., 1984).

También se valen del nivel de afrontamiento, definido por Lazarus y Folkman en 1984 (citado por Ahlström y Sjöden 1996; 1993) como los esfuerzo cognoscitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes o desbordantes en relación a los recursos que los individuos tienen para enfrentar situaciones complicadas. Estos autores describen dos formas de afrontamiento: la primera corresponde a la emoción y la segunda al problema. Esto es, en el primer caso se intenta regular las emociones ocasionadas por la situación estresante y el segundo representa la utilización de estrategias para tratar la fuente del estrés. Adler (1972) identificó en pacientes con distrofia muscular progresiva cinco etapas de afrontamiento:

**Fantasía.** Proporciona una liberación del aburrimiento.

**Negación.** Sirve como auxiliar para enfrentar la modificación de la salud.

**Restricción de deseos.** Se presenta una limitación de lo que se quiere o desea a causa de la preocupación por la aceptación en el grupo social con el que convive.

**Evitación.** Ayuda a disminuir la ansiedad.

**Apaciguamiento.** Se inventa entre los niños y los padres.

Los niños con distrofia muscular tipo Duchenne generalmente desarrollan una pobre destreza de afrontamiento debido en gran parte a que los padres tienden a sobreprotegerlos ocasionando que tengan dificultad para establecer un sentido de identidad al permanecer dependiendo de los miembros de la familia. Igualmente, los adultos jóvenes pueden tener una identidad confusa y presentar frustración dependiente de las necesidades, el tratamiento extenso, la dieta experimentada durante la parte temprana de su infancia, así como los largos periodos de separación de los miembros de la familia, lo que ocasiona conductas agresivas, quejas somáticas excesivas y regresiones periódicas (Polakoff, 1998; Barnett y Bach, 1995).

El impacto de las enfermedades neuromusculares sobre las funciones psicosociales y educativas de los pacientes es significativo, recomendándose que los servicios de apoyo que

se proporcionen deben de hacerlo las personas capacitadas para ello (psicólogos) con el objeto de disminuir el impacto de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, ya que el reconocimiento de la enfermedad les permite acercarse a la muerte con menos terror y a sus padres liberarse de tener que sufrir en repetidas ocasiones de la vida la depresión y ansiedad que envuelven a la familia (Kenneth & Roger, 1983; Witte, 1985).

### 2.3. ASPECTOS SOCIALES.

#### ⇒ *Nivel individual.*

La deficiencia en las destrezas sociales de los pacientes con enfermedades neuromusculares es ocasionada por la restricción de oportunidades para el contacto social, sintiéndose diferentes o repulsivos por las deformidades físicas que presentan, motivo por el que son descritos como sujetos aislados, ineptos sociales, depresivos, inmaduros y manipuladores. Estudios previos encontraron que el ámbito social de estos pacientes se ve limitado por lo siguiente:

- ◆ Reducción de la movilidad.
- ◆ Vergüenza de ser vistos.
- ◆ Bajo nivel socioeconómico.
- ◆ Falta de motivación.
- ◆ Resentimiento hacia la enfermedad, lo cual se refleja por la poca aceptación de ellos como enfermos.
- ◆ Agresividad como respuesta de la no aceptación de su enfermedad dificultando las relaciones interpersonales.
- ◆ Falta de motivación.

Éstas limitaciones hacen que los pacientes tengan dificultad para relacionarse con personas del sexo opuesto o del mismo sexo. La posibilidad de conseguir empleo es nula (en

algunos casos en donde la enfermedad no es incapacitante) dado que no existe la motivación para hacerlo. En algunos casos cuando los pacientes llegan a tener una relación de pareja, los problemas se dirigen hacia la incapacidad sexual (eyaculación precoz o impotencia) y a la situación económica, ya que esta última se ve truncada por la falta de trabajo y terminan desempeñando actividades del hogar como la limpieza, el cuidado de los niños y en algunos casos cocinar; hecho que conduce a un aislamiento mayor del mundo exterior. Es importante señalar que el aislamiento social que enfrentan es el resultado del nivel de gravedad de la enfermedad, del soporte familiar y de la sociedad (Eggers & Zatz, 1998; Bardach, 1995).

### *Nivel familiar.*

Las enfermedades neuromusculares no sólo afectan a los pacientes sino también a la familia y las reacciones de los miembros de ésta impactan su ajuste. Kornfeld y Siegel (1979, 1980) encontraron que después de comunicar el diagnóstico y el único curso de la enfermedad, se genera en los padres sobresaltos que influyen en sus defensas psicológicas y en su ciclo de negación como consecuencia de intentar proteger no sólo a los niños enfermos sino también a ellos mismos de las lesiones físicas y emocionales. Miller y col. (1988) mencionan que el estrés que rodea a la familia tiene su origen principalmente en lo siguiente:

- ◆ El suministro de cuidados continuos, lo que conduce a un desarrollo consciente de la dependencia individual, así como a un incremento del aislamiento y la desesperación.
- ◆ La disminución del tiempo aprovechable para otros miembros de la familia.
- ◆ La alteración de rutinas y planes para atenderlos.
- ◆ Las complicaciones médicas y el esfuerzo realizado para evitar o manejar cada una de éstas.
- ◆ La disminución de actividades sociales y recreativas.
- ◆ La carencia de privacidad en los cuidados suministrados.
- ◆ El temor del derrumbamiento del equipo médico.

- ◆ La utilización de un ventilador artificial, el cual es un recordatorio de la vulnerabilidad y la severa incapacidad de los individuos.
- ◆ Los sentimientos que se producen por estar atados a una máquina.
- ◆ La falta de recursos comunitarios y de soporte.
- ◆ La presión financiera.

Lo anterior ocasiona la experiencia de sentir coraje y frustración en cada miembro de la familia y aunque éstas se consideran reacciones naturales, cabe mencionar que si dichas experiencias son dirigidas hacia los pacientes, éstos experimentan sentimientos de culpa y tristeza a pesar de que su necesidad sea tan sólo de ser tomados en cuenta, lo que ocasiona que las relaciones familiares se deterioren en un corto tiempo cuando el soporte de la familia es de vital importancia para ellos. Los miembros de la familia pueden ser optimistas y enfatizar que ellos no están enojados con el paciente pero si con la situación, por lo que probablemente tienen que contener intensos sentimientos de resentimiento y frustración.

Gande, Villagómez y Hernández (1989) señalan que los padres quieren realizarse creativamente y el nacimiento de un hijo no sólo representa la creación de un nuevo ser, sino que puede decirse en un sentido muy real, que se reproducen a sí mismos cuando traen un hijo al mundo, además de que esperan un hijo normal y la imagen que se forman de él siempre es ideal. Tales expectativas inevitablemente se modifican cuando la imagen mental se transforma en realidad. Igualmente, los padres esperan descendencia y el sentimiento de continuidad y orgullo que esto produce son aspectos que contribuyen a configurar el significado del nacimiento.

Estos autores también comentan que cuando esto no sucede, sin importar la razón, se experimenta un sentimiento de pérdida de las expectativas tanto en la familia como tal, como de aquellas esperadas y deseadas para el niño; situación que irrumpe en el ciclo vital normal llevándose a cabo una modificación profunda de toda la estructura de ésta, transformación que a la vez influye en el equilibrio psíquico y emocional de todos los miembros que la componen.

Estudios previos muestran que existe un mayor grado de desajuste en las parejas de padres de niños con desórdenes neuromusculares que en los padres de niños con trastornos

psiquiátricos, en donde las principales reacciones emocionales manifestadas fueron un estrés elevado y sentimientos de culpa, ansiedad y depresión (Thompson & Seman, 1992).

La dinámica familiar puede verse afectada por la necesidad de atención médica de los niños, tanto en el caso del dolor provocado por la realización de los ejercicios difíciles de ejecutar para ayudar a su deambulación, como en el caso de privarlos de algunas cosas, principalmente de comida para ayudarlos a mantener un peso razonable; cosa que añade una carga extra de culpa a los padres y familiares ya abrumados por la culpa de la transmisión genética, así como por la carga del cuidado de un niño progresivamente desamparado (Eggers & Zatz, 1998; Kornfeld & Siegel, 1980; Miller y cols., 1988).

La familia también pasa por un proceso de duelo y cuando sus miembros niegan la realidad del desorden, los pacientes se quedan solos ante éste. En el caso de las personas con distrofia muscular tipo Duchenne, quienes luchan por caminar, invariablemente prefieren usar silla de ruedas debido a que los padres tienen gran dificultad para aceptar esta regresión ambulatoria. Frecuentemente, los médicos se encuentran tratando más a los padres que a los mismos pacientes por la intensa terapia física de éstos, ya que tienden a volverse sobreprotectores y permisivos dando lugar a conductas indeseables y vacilantes al pedir ayuda, si los miembros de la familia no reconocen y aceptan sus limitaciones físicas (Barnett & Bach, 1995).

La necesidad de la familia por evitar el reconocimiento mutuo de los sentimientos sobre el proceso y pronóstico de la enfermedad provoca que los pacientes se queden existencialmente solos enfrentando la muerte, mientras que los padres encubren su culpa por la incapacidad de enfrentarse con ellos a ésta. Se ha comprobado que la falta de reconocimiento de la situación compromete su funcionamiento normal, mientras que una abierta y franca comunicación entre la madre y el padre, una buena orientación familiar hacia los eventos presentes, una recreación organizada y rutinaria realizada únicamente por los padres y tener una institución de soporte externa al núcleo familiar, son factores que mejoran el funcionamiento familiar y de los pacientes (Bach y col., 1991; Buchanan y col., 1979).

Ayudar a los miembros de la familia en el manejo adecuado de su situación, a facilitar la comunicación entre ellos y a anular las creencias irracionales en relación a la calidad de vida de

las personas con un desorden neuromuscular, les permitirá comprender que pueden encontrar realización y satisfacción en la vida, lo que se traducirá en una mejor calidad de vida para los pacientes, la familia y la sociedad (Polakoff, 1998; Bach y col., 1991).

Este capítulo abordó de manera muy breve el concepto y rasgos de la personalidad. También se revisaron los instrumentos que se emplearon para su estudio, haciendo énfasis en el MMPI-E debido a que fue la prueba utilizada en este trabajo. De igual forma, se tocaron de manera particular los aspectos psicológicos, especialmente de personalidad, emocionales y sociales que manifiestan los pacientes con ENOG y sus familias. En el siguiente capítulo se describirán este tipo de padecimientos de una manera más amplia considerando sus antecedentes y características físicas.

## CAPÍTULO II

### ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

#### 1. DEFINICIÓN Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La primera descripción en la literatura médica sobre las enfermedades neuromusculares corresponde a Meryon (1852), quien describió a ocho individuos que presentaban debilidad progresiva e hipotrofia muscular y atribuyó el cuadro clínico a una inadecuada nutrición que producía una muerte temprana.

Éstas constituyen un grupo de enfermedades que se caracterizan por debilidad y atrofia del tejido muscular con o sin degeneración del tejido nervioso y producen con el tiempo pérdida de la fuerza, discapacidad progresiva, en ocasiones deformidades y pueden ser o no de origen genético. En el primer caso se reconocen diferentes causas: inmunológica como en la miastenia, polimiositis, polineuropatías, etc.; metabólica como en la polineuritis diabética y urémica, miopatías metabólicas, etc. y degenerativa que incluye distintas posibles cosas que ocasionan el daño celular como en la esclerosis lateral amiotrófica. Las enfermedades neuromusculares que tienen un origen genético se describen brevemente en los siguientes apartados de acuerdo a Dubowitz (1992).

#### 2. ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DE ORIGEN GENÉTICO.

Desde la descripción realizada por Meryon en 1852, entre las enfermedades neuromusculares de origen genético más frecuentes se pueden citar tres:

- Distrofias musculares.
- Neuropatías periféricas.
- Atrofias Musculares Espinales.

### 2.1. Distrofias Musculares.

Las distrofias musculares son un grupo de enfermedades hereditarias que se caracterizan por presentar degeneración y debilidad progresiva del músculo esquelético. Se clasifican con base en sus características clínicas y electromiográficas, severidad de la debilidad muscular y forma de herencia. Para proporcionar el asesoramiento genético que corresponde a cada caso, resulta de suma importancia establecer un diagnóstico preciso (Walton & Natrass 1954; Walton & Gardner-Medwin 1988). En el cuadro uno se encuentran las distrofias musculares revisadas en este trabajo, especificando su localización cromosómica y el gen responsable de las mismas.

DISTROFIA MUSCULAR	LOCALIZACIÓN CROMOSÓMICA	GEN RESPONSABLE
Tipo Duchenne	Xp21	distropin
Tipo Becker	Xp21.2	distropin
Distrofia de cinturas	15q	Calpain 3
	13q	Y sarcoglycan
	2p	?
	17q	50DAG
	4q	B - sarcoglycan
	5q	35DAG
Distrofia Facioscapulohumeral	4q35	P13E11

CUADRO 1. Clasificación de las distrofias musculares progresivas de origen genético.

#### *Distrofia muscular tipo Duchenne (DMD).*

Inicialmente, este tipo de distrofia fue referida por Meryon (1852) y más tarde por Duchenne de Boulogne (1868), Gowers (1886) y Erb (1891), quienes describieron ampliamente las características clínicas de la enfermedad y su historia natural incluyendo la edad de inicio en

la infancia temprana, la debilidad progresiva con pérdida de la habilidad para ponerse de pie y caminar y la evolución de las contracturas de cadera, talones y escoliosis. El término de DMD se comenzó a emplear para este padecimiento debido a que fue Duchenne de Boulogne quien estableció los criterios para su diagnóstico y realizó la descripción de los hallazgos anatómopatológicos de la biopsia muscular.

**Descripción.** La DMD es un desorden recesivo ligado al cromosoma X por lo que afecta primordialmente a los varones y en condiciones especiales a algunas mujeres. Su incidencia es de 3:10,000 varones recién nacidos (Brooks & Emery, 1977; Monckton y col., 1982; Williams y col., 1983).

**Defecto molecular.** La primera evidencia de la localización específica del gen responsable se ubica a finales de los años 70 derivada de los casos de las mujeres con un tipo de miopatía comparable a la DMD, quienes presentaban una translocación X-autosoma demostrable. Un total de 20 casos fueron reportados y posteriormente se realizaron estudios con pruebas específicas. El gen de la DMD (dystrophin) ocupa del 1 al 2% del cromosoma X humano, tiene 2500 kilobases (kb) y 79 exones, el transcrito es de 14 kb y el producto de 3600 aminoácidos denominado distrofina (dys). La mutación más frecuente es la delección parcial en el 65% de los casos, la duplicación en un 7% y el resto son mutaciones puntuales (Jacobs y col., 1981; Leibowitz & Dubowitz, 1981; Verellen y col., 1977; Zatz & Betti, 1986; Boyd y col., 1986; Botstein y col., 1980; Murray y col., 1982; Davies y col., 1981; DeMartinville y col., 1985; Kingston y col., 1984; Kunkel y col., 1985; Bulfield y col., 1985; Monaco y col., 1986; Koening y col., 1987; Hoffman y col., 1987).

**Estudios de laboratorio.** La determinación de la enzima sérica creatinina kinasa (CK), el electromiograma (EMG), la biopsia muscular y el electrocardiograma (EKG) son las pruebas de laboratorio más usadas para el diagnóstico de la DMD. El resultado de estos estudios se correlaciona tanto con el estado clínico de los pacientes como con su historia familiar, lo que permite que éste sea inequívoco.

Los niveles de CK se encuentran elevados desde los primeros años de vida aún cuando la enfermedad no sea clínicamente perceptible, los cuales pueden aumentar desde 50 a 300

veces por arriba de lo normal alrededor de los 3 años de edad (Brooke y col., 1983; Munsat y col., 1973; Pennington, 1977).

El EMG presenta un patrón miopático con velocidades de conducción nerviosa dentro de lo normal. Los potenciales de acción de la unidad motora son polifásicos de corta duración y baja amplitud. En los estadios tempranos de la enfermedad se puede presentar fibrilación y presencia de ondas agudas positivas que probablemente resultan del comienzo de la separación de su inervación de las fibras por segmentos de necrosis. En la etapa tardía de la enfermedad el músculo va siendo reemplazado por tejido graso y fibroso, el número de las unidades motoras disminuye y algunas áreas se encuentran eléctricamente inactivas (Buchthal & Rosenfalch, 1963).

Las características de la biopsia muscular varían de acuerdo a la etapa de la enfermedad en que se tomen. Pueden encontrarse signos de degeneración con pérdida de fibras, variaciones en su tamaño, proliferación de tejido conectivo y reemplazo de las fibras por éste y posteriormente por tejido adiposo. Se observa mayor celularidad con migración interna ocasional de los núcleos del sarcolema. Existe pérdida de la división definida de los tipos de fibras, especialmente de la reacción ATPasa, tendencia hacia el predominio de las fibras de tipo I, deficiencia del tipo IIB y las de tipo IIC se presentan comúnmente. Hay incremento variable del tamaño de las fibras. La regeneración de las fibras basofílicas se encuentran solamente en pequeños grupos, las células mononucleares se pueden observar en el tejido conectivo endomisial y eventualmente en el tejido perivascular (Dubowitz, 1992; Arahata & Engel, 1984; Mokri & Engel, 1975).

El compromiso cardiovascular en la DMD es muy común, ya que el 90% de los pacientes muestra un EKG con patrones anormales. La autopsia suele presentar sitios extensos de fibrosis miocárdica, relativa escasez del septum ventricular y una implicación comparativa mínima del ventrículo derecho y del miocardio atrial. A pesar de la alta frecuencia de complicaciones cardíacas, la mayoría se encuentran libres de síntomas cardiovasculares. La presencia de arritmias significativas y de ataques al corazón generalmente se pueden presentar en la etapa tardía de la enfermedad, primordialmente durante las infecciones y los periodos de estrés (Farah y col., 1980; Griggs y col., 1977; Jellet y col., 1974; Perloff, 1984; Roses y col., 1976; Sanyal & Johnson, 1982; Frankel & Rosser, 1976).

**Manifestaciones clínicas.** Los pacientes con DMD presentan una debilidad simétrica progresiva de los músculos de las cinturas pélvica y escapular. La debilidad de los músculos flexores de la nuca ocasiona la dificultad para la elevación de la cabeza contra la gravedad durante los primeros años. También se observa un retraso en la ambulación y una marcha anormal. La enfermedad generalmente se hace evidente entre los 18 y 36 meses de edad.

Alrededor de los tres años los pacientes presentan caídas frecuentes y dificultad para subir escaleras, además de incapacidad para saltar o correr. A medida que la debilidad muscular progresa y la ambulación se torna más difícil, modifican su marcha y su posición erecta debido a que los músculos extensores de la cadera se ven comprometidos y los pacientes compensan esta debilidad llevando la cabeza y los hombros detrás de la pelvis para mantener la línea de carga por atrás de la articulación coxofemoral.

Más tarde, entre los 3 y 6 años se presenta lordosis lumbar, generando así una dificultad mayor para la marcha. La debilidad del músculo cuadrícipital ocasiona un patrón equino que compensa la debilidad y permite el bloqueo de las rodillas al pasar la línea de carga por delante de esa articulación. La debilidad de los músculos abductores de la cadera y del cuádriceps condiciona una circunducción durante la fase de balanceo de la marcha desplazando al mismo tiempo el peso directamente sobre la articulación de la cadera. La columna vertebral debe generar una considerable magnitud de movimiento hacia adelante para poder avanzar debido a la debilidad pelviana generalizada. A medida que la fuerza de los músculos peroneos se debilita, se presenta una inversión del pie. En la cara, el mentón es llevado hacia atrás por la necesidad de mantener la postura erecta y al compromiso temprano de los músculos flexores anteriores del cuello. Durante el curso de la enfermedad desaparecen los reflejos rotuliano y de las extremidades superiores, mientras que el aquiliano permanece positivo hasta el estado terminal.

Para incorporarse del suelo los pacientes realizan una serie de movimientos que generan el signo o maniobra de Gowers (citado en Craig y col. 1988), el cual consiste en colocarlos en posición prona sobre el piso y se les indica que se levanten; necesitan usar una silla como ayuda o bien adoptar una posición cuadrúpeda con el fin de extender la espalda; posteriormente, toman las piernas con las manos y gradualmente las llevan en dirección proximal hasta las rodillas para estabilizar la debilidad cuadrícipital.

Tras períodos de inmovilización en cama aun de corta duración por infecciones respiratorias, fracturas o cirugía ortopédica puede ocurrir un rápido deterioro, por lo que deben de realizarse todos los esfuerzos posibles para mantener un programa diario de ambulación. Durante el período ambulatorio se presentan el acortamiento del tendón de Aquiles y la contractura de la porción proximal de los músculos posteriores del muslo, así como la pseudohipertrofia de la pantorrilla causada por la acumulación de grasa. La mayoría de los pacientes desarrollan escoliosis. La debilidad del músculo del bíceps braquial y el supinador largo impiden la ambulación asistida con muletas, mientras que la pérdida de la estabilidad de las articulaciones del codo y del hombro interfiere acentuadamente con la función de las manos.

Los pacientes usualmente pueden mantener la habilidad para caminar y subir escaleras hasta la edad de 8 años. Entre los 8 y 12 años hay una gran deterioro en estas habilidades provocando que los pacientes se vuelvan dependientes de aparatos ortopédicos o de una silla de ruedas. Una vez que quedan confinados a ésta, se acelera el desarrollo de contracturas y la debilidad progresiva de los músculos respiratorios compromete la función respiratoria. La mayoría de las veces mueren alrededor de la segunda década de la vida, frecuentemente por inanición o insuficiencia cardiopulmonar (Brooke y col., 1981, 1983, 1987; Gardner-Medwin, 1980; Dubowitz, 1992; Gowers, 1886; Craig y col., 1988).

#### ***Distrofia muscular tipo Becker (DMB).***

La descripción de una "nueva distrofia muscular relacionada con el cromosoma X" pero menos severa que la DMD, fue proporcionada primeramente por Becker y Keiner en 1955 (citado por Bushby y col., 1993), la cual se denominó distrofia muscular de Becker (DMB). Ellos observaron un número de familias con características clínicas similares pero con una mayor lentitud de evolución; por ejemplo, la habilidad para caminar se mantenía durante 25 o 30 años una vez iniciados los síntomas. A pesar de las diferencias en su severidad, ambos trastornos tienen muchas similitudes en el aspecto clínico, la distribución de la debilidad y la DMB es aproximadamente 10 veces menos frecuente que la DMD con una incidencia de 3:100,000 (Gardner-Medwin, 1980; Becker, 1962; Blyth & Pugh, 1959; Emery & Skinner, 1976).

**Defecto molecular.** Mediante técnicas de clonación posicional se identificó al gen que causa esta enfermedad, reconociéndose el defecto básico en la proteína citoesquelética distrofina (dys) que es el producto génico del gen DMD. Por lo tanto, el gen responsable de la DMB es el distropin que se localiza en el cromosoma Xp21.2, ya que es una variante alélica del gen DMD y presenta las mismas variaciones moleculares (Bushby & Gardner-Medwin, 1993).

**Estudios de laboratorio.** La enzima CK se encuentra elevada en la etapa temprana de la enfermedad con valores desde 20 hasta 100 veces mayores de lo normal. El EMG generalmente muestra potenciales de acción de la unidad motora de tipo polifásico, corta duración, baja amplitud, fibrilación y ondas agudas positivas. La biopsia muscular presenta grupos pequeños de fibras necróticas y regeneradas, fagocitosis, fibras hipercontraídas y la distribución del tipo de fibras no se encuentra alterado. El patrón de algunas biopsias puede ser similar al observado en la distrofia de cinturas pero con una marcada variación en el tamaño de las fibras, numerosas fibras agrietadas y núcleos centrales. También se pueden observar pequeños grupos de fibras atróficas y agrupaciones de núcleos picnóticos (Dubowitz, 1992; Emery & Skinner, 1976; Bradley y col., 1978).

**Manifestaciones clínicas.** Comienza generalmente después de los 7 años de edad y progresa más lentamente que la DMD. Se caracteriza por presentar un patrón de debilidad muscular devastador muy parecido a ésta. Los músculos de la cintura pélvica y del muslo están predominantemente implicados y con un compromiso menor los músculos tibiales y del peroneo. La pseudohipertrofia de la pantorrilla es una característica común. En un inicio se desarrolla debilidad en los músculos de los miembros inferiores continuando con los superiores. Los del antebrazo, intrínsecos de la mano y del flexor plantar del tobillo se mantienen relativamente intactos hasta la etapa tardía del trastorno. La debilidad del músculo facial no se considera como una característica general de la DMB.

Disminuye el reflejo profundo del tendón y tiende a desaparecer conforme avanza la enfermedad; sin embargo, el reflejo del tendón de Aquiles se puede mantener. Las contracturas y escoliosis no son prominentes, aunque se puedan desarrollar después de que los pacientes quedan confinados a una silla de ruedas. Se pueden presentar deformidades como los pies equino (rotación del pie) y cavo (caracterizado por un arco longitudinal interno excesivamente

alto). El compromiso cardíaco es poco frecuente; no obstante, algunos sujetos pueden desarrollar ataques cardiopulmonares.

La mayoría de los pacientes con DMB presentan dificultades entre los 5 y 15 años de edad. Muy pocos llegan a depender de una silla de ruedas antes de los 16 años, aunque todos a la larga estén destinados a usarla. La mayoría puede sobrevivir hasta la cuarta o quinta década de la vida y el 90% los 20 años de edad. El retardo mental no es común como en el caso de la DMD. (Emery & Skinner, 1976; Bradley y col., 1978; Kuhn y col., 1979; Bushby y col., 1993).

#### ***Distrofia muscular de Cinturas (DMC).***

Las primeras descripciones detalladas de la DMC fueron realizadas por Ernest Von Leyden (1875) y Paul Möebius (1879), pero fue Erb (1884 y 1891) quien describió más detalladamente lo que llamó forma juvenil de distrofia muscular. No obstante, fue mucho más tarde con Levinson (1951) y Stevenson (1953) que se implementó el término de DMC. De acuerdo a estos autores, el proceso miopático de los pacientes se iniciaba entre el final de la primera y la tercera décadas de la vida. La afección comenzaba por los músculos de la cintura escapular y pelviana con un curso evolutivo que conducía lentamente hacia una severa incapacidad con afección distal además de la proximal. La mayoría eran casos esporádicos o se transmitían con una herencia autosómica recesiva (citado por Urtasun & López de Munain, 1999).

***Defecto molecular.*** Se han identificado por lo menos seis genes distintos en relación a este trastorno y todos muestran una localización cromosómica distinta: 15q, 13q, 2p, 17q, 4q y 5q (Othmanne y col., 1992; Bashir y col., 1994; Roberds y col., 1994; Bonneman y col., 1995; Lim y col., 1995; Beckmann y col., 1991).

***Estudios de laboratorio.*** La enzima sérica creatinina kinasas (CK) está ligera o moderadamente elevada. El EMG presenta un patrón miopático con aumento variable del eco en el ultrasonido y puede mostrarse afectación diferencial de los músculos. La biopsia muscular

muestra cambios distróficos variables, variabilidad en el tamaño de las fibras y fragmentación, degeneración, regeneración y proliferación del tejido conectivo y adiposo.

**Manifestaciones clínicas.** La distribución de la debilidad y las manifestaciones clínicas son similares a la DMD. La velocidad de progresión es generalmente baja, apareciendo contracturas severas y discapacidad unos 20 años después de iniciada la enfermedad. Los pacientes se mantienen ambulatorios hasta los primeros años de la vida adulta. Clínicamente se caracteriza por debilidad inicial de la cintura pélvica o escapular. Los músculos glúteo mayor y cuádriceps se afectan tempranamente y los más frecuentemente afectados son el serrato, trapecio, romboides, dorsal ancho y la porción clavicular del pectoral mayor. Más adelante se afectan los músculos extensores y flexores de la muñeca y de los dedos de la mano. Se puede observar debilidad asimétrica y atrofia muscular.

Existe una variedad fenotípica con dificultad en la marcha, carrera y al subir escalones. Se presentan calambres al hacer ejercicio, postura lordótica, incapacidad funcional para saltar o incorporarse del suelo y debilidad muscular. Hay deformidades una vez que se pierde la capacidad ambulatoria tal como ocurre en la DMD. Ocasionalmente hay una prominencia de las pantorrillas (pseudohipertrofia de gemelos). La evolución y pronóstico es variable, en general es de progresión lenta, aunque en algunos casos se presenta un curso tan rápido como en la DMD o similar a la DMB (Passos-Bueno y col., 1996; Allan, 1939; Urtasun & López de Munain, 1999).

#### ***Distrofia muscular Facioescápulohumeral (DMFEH).***

Es una de las enfermedades musculares más frecuente después de la DMD y de la distrofia miotónica. Se transmite de forma autosómica dominante y presenta una incidencia de 1:20,000 casos aproximadamente. Se considera como una distrofia benigna y la expectativa de vida es favorable, sin embargo, resulta incapacitante para el 15% de los individuos. Su evolución es insidiosa observándose periodos de aparente estabilidad. El grado de compromiso y la edad de comienzo son variables. Los síntomas de debilidad muscular pueden comenzar a cualquier edad (lactancia-vida adulta). La severidad fenotípica es extremadamente variable, por lo que aproximadamente el 30% de los pacientes no saben aún que se encuentran afectados por este padecimiento (Padberg y col., 1995; Tawil y col., 1998).

**Defecto molecular.** El gen o genes que están afectados por el defecto molecular en la DMFEH no están todavía definidos (Tawil y col., 1995; Wijmenga y col., 1992).

**Estudios de laboratorio.** La enzima CK se encuentra normal o ligeramente elevada. El EMG muestra un patrón normal o miopático en algunos casos. El examen de la biopsia muscular permite demostrar la presencia de fibras de gran tamaño y una respuesta inflamatoria agregada sin fibrosis y en algunos casos se observa fragmentación de fibras y proliferación de tejido adiposo y conectivo.

**Manifestaciones clínicas.** Más de la tercera parte de los pacientes no exhiben sintomatología, pero la debilidad se presenta en el 95% de los individuos afectados alrededor de la segunda década de la vida. Inicialmente, se comprometen los músculos de la cara y de la cintura escapular, los cuales pueden permanecer afectados sólo en grado leve por muchos años. Durante la lactancia se pueden presentar signos faciales como la falta de movilidad y el cierre incompleto de los párpados. La afección temprana del músculo tibial anterior es común y el compromiso tanto del deltoides como de los rotadores y fijadores de la escápula determinan la inclinación hacia delante del hombro y la elevación de ésta con la abducción del brazo. Puede presentarse dorsiflexión del pie y más tarde se ve comprometida la cintura pélvica. Los músculos bulbar, extraocular y respiratorio se encuentran aparentemente sin compromiso. No hay síntomas cardíacos ni intelectuales. La mayoría de los pacientes afectados por la DMFEH permanecen hábiles para trabajar aun con su profunda debilidad (Tawil & Griggs, 1997; Padberg y col., 1995; Fitzsimons y col., 1987; Stevenson y col., 1990; DeVisser y col., 1992).

## 2.2. NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS.

Una de las neuropatías más importantes por su frecuencia es la neuropatía sensitivo-motora tipo Charcot-Marie-Tooth (CMT). Su prevalencia se estima en 1:2,500 casos, sin embargo, esta cifra es difícil de considerar debido a la heterogeneidad del síndrome (Skre, 1974). La clasificación actual de este tipo de trastornos se ve modificada al tomar en cuenta la localización e identificación del defecto genético. La neuropatía Charcot-Marie-Tooth se

subdivide en seis tipos diferentes, siendo los más importantes por su frecuencia la de tipo I (CMT1A) y la de tipo II (CMT2) (ver cuadro 2).

ENFERMEDAD	LOCALIZACIÓN CROMOSÓMICA	GEN
<b>CMT 1</b>		
CMT 1A	17p11.2-12	PMP22
CMT 1B	1q22-23	Po
CMT1C	DESCONOCIDO (?)	?
<b>CMT2</b>		
CMT2 A	1p 36	?
CMT 2B	3q13-22	?
CMT 2C	?	?
<b>CMT3</b>		
CMT 3*	17p11.2-12	PMP22
CMT 3B	1q22-23	Po
<b>CMT4</b>		
CMT 4*	8q13-21.1	?
CMT X (Ligada al X)	Xq13.1	Connexin 32
<b>Hereditaria por parálisis de presión</b>		
HNPPA	17p11.2-12	PMP22
HNPPB	?	?

CUADRO 2. Clasificación de las neuropatías Charcot-Marie-Tooth.

### **Charcot-Marie-Tooth 1 (CMT1).**

La neuropatía CMT1 es un desorden que se hereda de forma autosómica dominante. Se inicia en la primera o segunda década de la vida. Cerca del 20% de los sujetos no presentan antecedentes familiares. Existen tres variedades de esta neuropatía: la CMT1A que corresponde al 70% de los casos, la CMT1B al 20% y la CMT1C al 10%. Aún cuando estas variantes no puedan distinguirse clínica o electrofisiológicamente, algunas evidencias sugieren que la CMT1B podría ser ligeramente más severa que las otras dos (Harding & Thomas, 1980).

Las anomalías esqueléticas que llaman la atención médica son los pies cavos y en posición de garra. Se presenta debilidad en los músculos distales y atrofia en las piernas. La

debilidad de los miembros superiores ocurre en 2 de cada 3 casos. En algunos de éstos se pueden ver los dedos en forma de garra. El impedimento sensorial no está específicamente modulado, aunque con frecuencia está disminuida la sensación de vibración con preservación de la percepción de la posición de las articulaciones. Uno de cada tres pacientes presenta temblor esencial o postural y son referidos como la variedad "Roussy-Levy" que no es distinta a la CMT1. El reflejo muscular de extensión se encuentra ausente en el 50% de los pacientes (Charcot & Marie, 1886; Skre, 1974; Harding & Thomas, 1980).

**Estudios de laboratorio.** A nivel electrofisiológico se presenta lentitud en la velocidad de conducción nerviosa y los miembros que se ven principalmente afectados son las piernas con una reducción del 25% (menor de 40 m/seg en los brazos y 30 m/seg en las piernas). La conducción nerviosa se correlaciona con la edad y las características clínicas. Estudios longitudinales indican que no se presentan cambios significativos en la primera década de la vida (Killian y col., 1996).

La biopsia del nervio muestra una reducción de las fibras nerviosas mielinizadas y la frecuencia de distribución del histograma indica una pérdida del diámetro y largo de las fibras. Se pueden observar algunas fibras adelgazadas y una sorprendente proliferación de las células Schwann que forman bulbos de cebolla. Otras fibras nerviosas pueden exhibir desmielinización paranodal y segmental y es común la remielinización internodal. Se ha establecido una división genética heterogénea de la CMT1 en tres grupos: CMT1A con mapeo en el cromosoma 17p11.2-12, CMT1B con mapeo en el cromosoma 1q22-23 y CMT1C que todavía se desconoce su localización (Bird y col., 1982; Gulloff y col., 1982; McAlpine y col., 1990; Vance y col., 1991; Lebo y col., 1992).

### ***Charcot-Marie-Tooth 2 (CMT2).***

Es una condición autosómica dominante menos común que la CMT1 en una proporción de 2 a 1. El enlace genético permite agruparla en tres tipos: CMT2A, CMT2B y CMT2C. Clínicamente CMT2A y CMT2B son similares a CMT1. Por otra parte, CMT2C tiene distintas características clínicas entre las cuales podemos encontrar parálisis de las cuerdas vocales y debilidad de los músculos respiratorios.

El inicio de los síntomas de CMT2A y 2B es frecuentemente más tardío que el de CMT1 que inicia en la segunda década de la vida o aun después. La debilidad de las extremidades superiores y el temblor son más comunes en CMT1 en comparación con CMT2 y la presencia de pies cavos ocurre menos frecuentemente en ésta. A pesar de algunas características distinguibles, la diferenciación clínica de CMT2A o 2B comparada con CMT1 es difícil. Algunas veces el estudio de la conducción nerviosa es un parámetro que permite clasificar a la última.

Los pacientes con CMT2C muestran una edad de inicio variable de la sintomatología. En los casos más severos, los síntomas comienzan en la infancia incluso con episodios de problemas respiratorios. En ciertos pacientes la parálisis de las cuerdas vocales se manifiesta como voz ronca desde una edad temprana. Los cambios de voz pueden presentarse comúnmente o sólo con excitación emocional o actividades físicas como correr.

La reducción de la función respiratoria debido a que el diafragma y el músculo intercostal se encuentran involucrados se registra por medio de la espirometría. La debilidad de la laringe contribuye a la respiración del estridor (signo de dificultad respiratoria en los niños que suele deberse a la inflamación de la laringe y la tráquea, ocluyendo el paso del aire por las vías respiratorias a nivel de las cuerdas vocales). Se observa una variabilidad en el grado de debilidad de los músculos proximal (por ejemplo, debilidad al levantarse de la silla) y distales. Los músculos de las manos y pies muestran atrofia, mientras que los reflejos del músculo extensor están disminuidos o ausentes. La pérdida sensorial es regular y no se relaciona con una modalidad específica. La expectativa de vida está más reducida en CMT2C con relación a otras variedades de CMT1 o CMT2, lo que puede atribuirse a complicaciones en la reducción de la función respiratoria (Ben-Othmane y col., 1993; Dyck y col., 1994; Kwon y col., 1995).

**Estudios de laboratorio.** Electrofisiológicamente la CMT2A, 2B y 2C muestran datos sugestivos de atrofia y degeneración neuronal tanto a nivel motor como sensorial. La velocidad de conducción nerviosa puede ser normal o lenta, según refleje la pérdida axonal y no alcance el rango estipulado para el diagnóstico de desmielinización. La amplitud de los potenciales de acción de los músculos se encuentra reducida y la de los nervios sensoriales también se encuentra disminuida o aun ausente, sobre todo en los miembros inferiores (Dyck y col., 1994).

En todas las formas de CMT2 y especialmente en 2A y 2B, la biopsia del nervio muestra un decremento o pérdida en el número de fibras nerviosas mielinizadas de diámetro corto y largo, atrofia axonal y ocasionalmente fibras en forma de bulbo de cebolla, así como la remielinización y presencia de fibras arrugadas con mielina. La CMT2A representa una variante genética de la CMT2. El gen relacionado con su expresión se localiza en los brazos cortos del cromosoma 1 (1p36), de CMT2B en los brazos largos del cromosoma 3 (3q13-22) y en el caso de CMT2C aún se desconoce (Ben-Othmane y col., 1993; Kwon y col., 1995; Mendell, 1998).

### ***Charcot-Marie-Tooth 3 (CMT3).***

Fue originalmente descrita por Dejerine y Sottas en 1893, (citados por Mendell, 1998) es una neuropatía sensorial y motora severa que se caracteriza por su temprana edad de inicio. La mayoría de los casos son esporádicos y anteriormente se pensaba que se heredaba en forma autosómica recesiva. Clínicamente se presenta debilidad muscular generalizada en miembros y troncos. Algunos pacientes presentan hipotonía congénita y retraso motor. La debilidad frecuentemente se acompaña de una pérdida prominente de fibras sensoriales largas que resultan en ataxia. Los nervios periféricos están usualmente alargados y palpables. El reflejo del músculo extensor se encuentra ausente. Pueden ser notables algunas anomalías esqueléticas como en el caso de cifoescoliosis y pies cavos (Guzetta y col., 1982).

***Estudios de laboratorio.*** A nivel electrofisiológico la velocidad de conducción motora se encuentra disminuida, usualmente por debajo de los 10 m/seg en las piernas y 20 m/seg en los brazos. Sólo de esta manera puede ser demostrada la lentitud en la velocidad del nervio facial. Los potenciales de acción de los nervios sensoriales se encuentran ausentes. La biopsia de nervio muestra una reducción marcada de las fibras nerviosas mielinizadas y son pocas las que están formando prominentes bulbos de cebolla. Las fibras nerviosas muestran una desmielinización parcial. La uniformidad de las pocas fibras mielinizadas da la apariencia de hipomielinización y la población de fibras desmielinizadas permanece sin afectarse.

La CMT3 muestra heterogeneidad genética. El defecto en algunos pacientes se relaciona con genes ubicados en el cromosoma 17p11.2-12 y se denomina CMT3A y un segundo

subgrupo designado CMT3B se encuentra localizado en el cromosoma 1q22-23 (Guzetta y col., 1982; Hayasaka y col., 1993; Roa y col., 1993; Dupré y col., 1999).

#### ***Charcot-Marie-Tooth 4 (CMT4).***

Este subgrupo de CMT se encuentra todavía en estudio. Se hereda en forma autosómica recesiva. El fenotipo se caracteriza por una edad de inicio temprana (frecuentemente antes de los dos años de edad). La debilidad y atrofia afecta en un inicio los músculos distales con una extensión posterior de los músculos proximales hacia el fin de la primera década de la vida. Los pacientes frecuentemente comienzan a depender de una silla de ruedas. El reflejo del músculo extensor se encuentra ausente. La pérdida sensorial es regular con presencia de escoliosis y pies cavos.

Electrofisiológicamente, la velocidad de conducción del nervio motor está en un rango de 20 a 30 m/seg sin alcanzar la severidad de la CMT3. La biopsia del nervio muestra una pérdida de fibras nerviosas mielinizadas e hipomielinización con bulbos de cebolla. De acuerdo a los estudios realizados su origen se relaciona con el cromosoma 8q13-21.1 y se le identifica como CMT4A (Ben-Othmane y col., 1993; Mendell, 1998).

#### ***Charcot-Marie-Tooth X-Dominante (CMTX).***

La CMTX comparte características clínicas con la CMT1. El inicio ocurre después de la infancia o en la adolescencia. La debilidad de los músculos y atrofia afectan los músculos de los pies y las manos. El compromiso de los músculos largos de las piernas conduce a atrofia y pie de gota. Hay presencia esperada de pies cavos y dedos en forma de martillo y en algunos pacientes se presentan deformidades en las manos en forma de tenaza. El requerir un bastón o más raramente una silla de ruedas ocurre alrededor de la quinta o sexta década de la vida ante la molestia por el modo de andar. La pérdida sensorial se ve afectada en todas sus modalidades.

El reflejo del músculo extensor está completamente ausente. Típicamente, la herencia ligada al cromosoma X-dominante afecta moderadamente a las mujeres en donde se incluye una debilidad media de los músculos distales, hiporreflexia y deformidad de los pies. El estudio electrofisiológico presenta una lentitud en la velocidad de conducción del nervio motor y una pérdida en la amplitud del potencial de acción de los músculos, lo que favorece una neuropatía axonal primaria con desmielinización secundaria, mientras que los potenciales de acción del nervio sensorial se encuentran ausentes o también con una amplitud reducida.

La biopsia del nervio muestra una pérdida de fibras nerviosas mielinizadas acompañada de grupos de axones apenas mielinizados circundantes concéntricos en donde la atrofia axonal es común. La preparación de las fibras nerviosas muestra datos de desmielinización y remielinización. En estudios realizados a mediados de 1980 localizaron el gen de la CMTX en los brazos largos del cromosoma Xq13 (Hahn y col., 1990; Bergoffen y col., 1993).

### 2.3. ATROFIAS MUSCULARES ESPINALES (AME).

La historia de las AME comienza en 1890 con Guido Werdnig (citado en Iannaccone, 1998) quien reportó un caso de distrofia muscular con hallazgos de compromiso de la médula espinal. Posteriormente Johann Hoffman (1982) empleó el término de atrofia muscular espinal (spinaler muskeltrophie en alemán, o spinal muscular atrophy en inglés). Ambos informaron sus hallazgos y describieron los aspectos clínicos y patológicos de la AME Infantil o tipo 1.

Ambos realizaron autopsias a sus pacientes y en una exploración gruesa describieron la notable atrofia de las raíces ventrales de la médula espinal. Posteriormente se correlacionaron estos descubrimientos con la apariencia histológica de las astas anteriores de ésta, en las cuales no se encontró el número usual de neuronas motoras y un patrón de atrofia de fibras musculares. Además, Hoffman (1892 y 1896) reportó las AME de tipo "crónico" y "progresivo".

Inicia durante el primer año de vida con debilidad progresiva, caídas, temblor de manos y muerte a causa de neumonía en la infancia, ocurriendo en hermanos de padres normales. La edad de inicio es distinta dependiendo de la variedad de AME. Se caracteriza clínicamente por debilidad muscular progresiva. Los pacientes tienden a ser clasificados en tres tipos

dependiendo de la edad de inicio, la sintomatología presentada y la severidad de las manifestaciones. La nomenclatura general para las AME es: enfermedad de Werding-Hoffman o AME1, iniciando los síntomas antes de los 6 meses de edad; una forma Intermedia o AME2, iniciando entre los 6 y 18 meses de edad; y la enfermedad de Kugelberg-Welander o AME3 con inicio después de los 18 meses de edad (Kugelberg & Welander, 1956; Dubowitz, 1995).

Los tres tipos de AME se pueden subdividir a su vez de acuerdo a la mortalidad y al nivel de la señal emitida por las células motoras. La mayoría de pacientes con AME tienden a ser del tipo 1, siguiéndole los de tipo 2 y los de tipo 3 tienen la incidencia más baja. Si se considera el grado relativo de mortalidad, la prevalencia mayor se encuentra en los de tipos 2 y 3 debido a que son más agresivos (Iannaccone y col., 1990).

Histológicamente se caracteriza por la presencia de degeneración de las astas anteriores de la médula espinal, favoreciendo así la debilidad muscular sobre todo de los músculos voluntarios. Los genes relacionados con las distintas variedades de AME se localizan en distintas regiones cromosómicas. Gilliam (1995) reportó la relación de la AME con el cromosoma 5q11.2-13.3 y en 1994 Melki y col. reportaron una pérdida mayor en el cromosoma 5q11.2-13.3 de los pacientes con AME 1 a diferencia de una pérdida nula o menor de los pacientes con AME 3. Dos genes se localizaron en 5q: el gen de la proteína inhibidora de la apoptosis neuronal (NAIP o PIAN), el cual se encuentra mapeado en la región 5q13 y se presenta en el 67% de los pacientes con AME y un nuevo gen cuya función permanece aún desconocida y se conoce como el gen sobreviviente de la neurona motora (SMN) en la región 5q13, mostrando su pérdida más del 98% de los pacientes.

La presencia de múltiples copias del gen SMN y del SMNt (del telómero), así como del SMNc (del centrómero) son objeto de estudio. Los sujetos normales presentan dos alelos del SMNt y del SMNc, la enfermedad parece ser causada por la mutación de ambos alelos de SMNt, ya que estudios recientes han demostrado que en los casos de AME 2 y 3, el SMNt se convierte en SMNc, lo que parece indicar que el incremento del número de copias del gen SMNc puede aumentar la severidad fenotípica de la enfermedad. Actualmente, la proteína que produce el gen SMN se conoce por su interacción con el ARN-atadura, aunque su función precisa se desconoce (Hausmanowa-Petrusewicz y col., 1984; Jansen y col., 1986; Brzustowicz & Castill, 1990; Melki y col., 1994; Roy y col. 1995).

ENFERMEDAD	LOCALIZACIÓN CROMOSÓMICA	GEN
Werdnig-Hoffmann (AME 1)	5q12.2-q13.3	?
Kugelberg-Welander (AME3)	5q11.2-13.3	?

Cuadro 3. Clasificación de las atroñas musculares espinales.

***Atrofia muscular espinal tipo 1: Enfermedad de Werdnig-Hoffmann (AME 1).***

La AME 1 es una alteración autosómica recesiva de la primera infancia con debilidad grave axial y de las extremidades (posición de rana) debida a degeneración de las células del asta anterior de la médula espinal. Su edad de desarrollo es intrauterino o durante los primeros meses de vida. Sus principales síntomas son hipotonía y debilidad, dificultad para sorber y tragar, mal control de la cabeza, respiración diafragmática ineficiente, recesión costal, tórax acampanado, rotación interna de los brazos, posición de asas de jarra, movimientos faciales normales, reflejo del tendón ausente y llanto débil.

Hay frecuentemente un temblor fino en los dedos conocido como polimimioclonus y los pacientes no pueden realizar movimientos espontáneos excluyendo las manos y los pies. Se presenta fasciculación de la lengua y atrofia de la lengua que se puede manifestar con vena (escalope) en la punta. Hay una notable coincidencia entre el nivel de interacción social y la falta de habilidades motoras. El desarrollo intelectual es normal. El cansancio se hace presente en los recién nacidos lo que dificulta la alimentación de éstos, ocasionando pérdida de peso y desnutrición que aunados a la insuficiencia respiratoria exacerba la fatiga haciéndolos vulnerables, por lo que una infección del sistema respiratorio puede ser rápidamente amenazadora para su vida.

La evolución y el pronóstico se caracterizan por debilidad que no suele ser progresiva, una tendencia a las infecciones respiratorias, mal pronóstico, mayor mortalidad por neumonía durante el primer año de vida o como máximo en el plazo de 3 años.

**Estudios de laboratorio.** Se observa que la enzima sérica CK es normal, en algunos casos la velocidad de conducción de los nervios motores es normal o reducida, se presentan escasos potenciales de acción motores, la ultrasonografía muestra un eco con patrón normal o aumentado y atrofia muscular, el EMG un patrón de denervación y la biopsia muscular exhibe atrofia de grupos grandes de fibras y acumulación de fibras grandes del grupo 1 (Dubowitz, 1992).

### ***Atrofia muscular espinal tipo 2: Intermedia, juvenil o crónica (AME 2).***

La AME 2 también es una alteración autosómica recesiva, cuya edad de desarrollo se encuentra generalmente entre los 6 y 12 meses de edad. Se caracteriza por debilidad predominante de las piernas con capacidad para permanecer sentado sin apoyo e incapacidad para mantenerse de pie o caminar como consecuencia de la degeneración de las células del asta anterior de la médula espinal. Igualmente, hay fasciculación de la lengua (70%), tremor de manos, polimímioclonus, espasmos, reflejo del tendón ausente o disminuido, músculos faciales reducidos, cuadros de escoliosis, intelecto normal o avanzado, debilidad intercostal variable y problemas respiratorios, hipotonía y laxitud articular especialmente en pies y manos. Algunos pacientes son hábiles para sentarse sin ayuda y raramente algunos son capaces de pararse o caminar con ayuda.

Su evolución y pronóstico se caracterizan por debilidad muscular en general estática y no progresiva y puede cursar con mejora funcional, en algunos casos ésta puede incrementarse o padecerse incapacidad durante largos periodos con el esfuerzo del crecimiento o al aumentar de peso. El pronóstico a largo plazo depende de la función respiratoria. La edad de muerte es variable y va de los 7 meses a los 7 años e incluso algunos pacientes sobreviven hasta la tercera o cuarta década de la vida.

**Estudios de laboratorio.** La enzima sérica CK es normal o moderadamente elevada. La ultrasonografía presenta un cuadro con patrón de aumento del eco del músculo con atrofia muscular y aumento en el espacio subcutáneo. El EKG muestra complejos normales y tremor característico de la línea base, especialmente en las derivaciones de las extremidades y el EMG signos de denervación y reinervación. La biopsia muscular exhibe un modelo

característico de atrofia de los grandes grupos de fibras con acúmulos variables de fibras agrandadas predominantemente del tipo 1 (Hausmanowa-Petrusewicz y col., 1984; Dubowitz, 1995; Russman y col., 1996; Fried & Emery, 1971).

### ***Atrofia muscular espinal tipo 3: Enfermedad de Kugelberg-Welander (AME 3).***

Al igual que las AME 1 Y AME 2, la AME 3 es una enfermedad autosómica recesiva y su edad de desarrollo va del segundo año de vida a la adolescencia o edad adulta, presentándose en un inicio como una atrofia muscular proximal que puede ser confundida con la distrofia de cinturas. Se caracteriza por debilidad proximal, predominantemente más en las piernas que en los brazos debida a degeneración del asta anterior de la médula espinal. Dificultad en actividades tales como correr, subir escaleras o saltar, limitación (cualitativa y cuantitativa) de la capacidad ambulatoria. Marcha anómala (anserina, de pies planos), dificultad para incorporarse del suelo (signo de Gowers), tremor de las manos, lordosis lumbar y abdomen protuberante. Pueden aparentar ser excesivamente delgados como estacas, el reflejo del tendón puede ser o no obtenido pero nunca se encuentra patológicamente hiperactivo y la fasciculación de la lengua es variable.

El pronóstico de ambulación independiente se correlaciona con el año de inicio de la debilidad, esto es, si inicia antes de los 2 años de edad, el paciente deja de caminar alrededor de los 15 años de edad y si ocurre después de los 2 años de edad es altamente posible que la ambulación continúe hasta la quinta década de la vida. Se asocian cuadros como hipermovilidad de las articulaciones, especialmente de pies y manos.

Se distingue del tipo 1 por un retraso en el inicio de la sintomatología y la larga supervivencia y asimismo se distingue de la esclerosis amiotrófica lateral (ALS) por el curso benigno y la ausencia de compromiso de la vía córticoespinal. Su evolución y pronóstico se caracterizan porque la debilidad en general es estacionaria (en algunos casos progresiva) y hay un buen pronóstico de supervivencia a largo plazo dependiendo de la función respiratoria.

***Estudios de laboratorio.*** La enzima sérica CK tiende a tener niveles moderadamente elevados, la ultrasonografía presenta un cuadro característico de aumento en el eco del

músculo y pérdida de volumen muscular. La EMG muestra signos de denervación y reinervación en donde la velocidad de conducción nerviosa es normal y la biopsia muscular presenta un modelo característico de atrofia de las fibras grandes y grupos variables de fibras normales o agrandadas con frecuencia del tipo I, o retención de la estructura normal de los haces con distinción de grupos de células y atrofia focal de los grupos pequeños (Zerres & Rudnik-Sconeboom, 1995; Russman y col., 1996; Zerres y col., 1997).

En este capítulo se describieron las diferentes enfermedades neuromusculares de origen genético que padecen las personas que conformaron el grupo de estudio de la presente investigación, lo que proporcionó un panorama de sus características principales para tener una comprensión de las mismas, tales como su sintomatología, edad de inicio, defecto molecular, estudios de laboratorio y pronóstico, entre otras. En el siguiente capítulo se describirá la metodología que se utilizó para el desarrollo del trabajo.

## CAPÍTULO III

## M E T O D O L O G Í A

**1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.**

- El perfil de personalidad de los sujetos con enfermedades neuromusculares de origen genético del grupo clínico es significativamente diferente al perfil de personalidad de los sujetos del grupo control.
- El porcentaje de sujetos con enfermedades neuromusculares de origen genético del grupo clínico que obtienen puntuaciones altas en las diferentes escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota versión en español es mayor que el que presentan los sujetos del grupo control.
- Los principales rasgos de personalidad que presentan los hombres y las mujeres con enfermedades neuromusculares de origen genético son depresión, introversión e histeria.
- Los principales indicadores de los rasgos de personalidad que presentan los hombres y las mujeres con enfermedades neuromusculares de origen genético son aislamiento, pesimismo, egocentrismo, desesperación, tristeza, inseguridad, sentimiento de discapacidad y de culpa, actitud derrotista, falta de motivación, fantasía y sensibilidad excesiva ante las sensaciones somáticas.
- El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota versión en español es un instrumento adecuado para evaluar el perfil de personalidad de los sujetos con enfermedades neuromusculares de origen genético.

## **2. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.**

El presente trabajo fue de tipo no experimental porque no hubo una manipulación de las variables de estudio, solamente se observaron, registraron y describieron los fenómenos tal y como se presentaron en la realidad.

El diseño de la investigación fue de tipo descriptivo transversal comparativo. Fue descriptivo porque se orientó a describir las variables de interés, transversal debido a que éstas se describieron en una sola ocasión, en un tiempo determinado y no hubo un seguimiento de las mismas, y comparativo porque se contrastó el comportamiento del grupo clínico con el comportamiento del grupo control.

## **3. DURACIÓN.**

El presente estudio se llevó a cabo durante el periodo comprendido de enero del 2001 a enero del 2002. La aplicación del instrumento se hizo en forma individual y la muestra se reunió de enero a agosto del 2001. La captura, análisis e interpretación de la información recolectada se realizó de agosto del 2001 a enero del 2002.

## **4. SUJETOS Y GRUPOS DE ESTUDIO.**

Los sujetos que participaron en la investigación fueron 27 personas, 15 mujeres y 12 hombres con un rango de edad entre los 17 y 30 años. De éstos 9 eran pacientes con un diagnóstico clínico y electromiográfico compatible con alguna enfermedad neuromuscular de origen genético y 18 fueron personas sanas y sin la presencia de este tipo de padecimiento.

Los sujetos participantes se dividieron en dos grupos de estudio: clínico y control. El grupo clínico estuvo conformado por cinco mujeres con edades entre 17 y 28 años y cuatro hombres con edades entre 17 y 30 años que acudieron a la consulta externa de genética del Instituto Nacional de Ortopedia (INO) del Sector Salud. Para su selección se consideró la valoración previa que se encontraba reportada en la entrevista clínica de esta institución anexa

al expediente médico de donde se obtuvo la edad, el sexo y el diagnóstico. De éstos, dos presentaban atrofia muscular espinal (AME), dos Charcot-Marie-Tooth (CMT), tres distrofia muscular de cintura (DMC), uno distrofia muscular facioescapulohumeral (DMFEH) y uno distrofia muscular de Becker (DMB).

El grupo control se conformó de 18 personas seleccionadas de la población general abierta que se encontraban prestando servicio en el INO, 10 mujeres con un rango de edad entre los 17 y 27 años y 8 hombres con edades entre 21 y 30 años. Éstos eran estudiantes de bachillerato y licenciatura sanos, sin antecedentes de enfermedad física o mental, sin problemas de comprensión de lectura y escritura y que desearon participar de forma voluntaria en la investigación. Se seleccionaron dos sujetos control por cada sujeto de estudio pareados por edad y sexo.

#### **5. ESCENARIO DE INVESTIGACIÓN.**

La valoración de los sujetos participantes de ambos grupos se realizó en el consultorio de la consulta externa del INO cuyas dimensiones eran de 12 m<sup>2</sup> (3 x 4 m.) y en el que se encontraba el siguiente mobiliario: 3 sillas (dos de ellas con paleta), un escritorio, una cama de exploración, 2 lámparas, una computadora, una impresora, una báscula y un banco.

#### **6. VARIABLES DE ESTUDIO.**

Las principales variables estudiadas en el presente trabajo fueron las enfermedades neuromusculares de origen genético (ENOG) y la personalidad. La primera fue de tipo categórico policotómico debido a que se encontraba conformada por diferentes categorías (distrofias musculares progresivas, atrofas musculares espinales y neuropatías periféricas) y los sujetos podían asignarse a una u otra de éstas y su nivel de medición fue de tipo nominal, ya que no existió un orden o jerarquía entre ellas y sólo indicaron las diferencias respecto a una o más características. La segunda fue de tipo intervalar debido a que el número de valores que la constituyó fue exacto y su nivel de medición fue igualmente de tipo intervalar porque existía

una jerarquía entre las puntuaciones, el intervalo entre éstas era igual o de la misma magnitud además de ser constante.

Se consideró como ENOG aquellos trastornos relacionados a una alteración cromosómica caracterizada por el deterioro muscular progresivo del organismo (Garden-Medwin, 1980) y como personalidad las manifestaciones en la conducta de los individuos que ocurren como resultado de sus sentimientos y emociones respecto a sí mismos y a los demás (Nuñez, 1996).

Operacionalmente se consideró a las ENOG como la presencia de síntomas clínicos y estudios de laboratorio compatibles con el diagnóstico de los siguientes trastornos: distrofia muscular progresiva, atrofia muscular espinal o neuropatía periférica. La personalidad la constituyeron las puntuaciones de las diferentes escalas del MMPI-E.

Los indicadores o unidades de observación y medición de la variable ENOG fueron debilidad muscular, conducción electromiográfica disminuida o ausente, degeneración del músculo esquelético y alteración genética presente. Respecto a la variable personalidad fueron las características de los rasgos que mide cada una de las escalas del MMPI-E, los cuales se enlistan en el apartado de instrumentos.

## 7. DISEÑO MUESTRAL.

Como ya se mencionó, la muestra estuvo constituida por 9 sujetos del grupo clínico y 18 del grupo control. En un inicio el grupo clínico estuvo conformado por 16 pacientes, sin embargo, se descartaron 7 por no haber terminado de contestar el MMPI-E quedando en la muestra definitiva solamente 9 de éstos.

Ambos grupos fueron seleccionados de forma intencional no aleatoria pareando dos sujetos controles por cada sujeto del grupo clínico. Por lo tanto, la muestra fue de tipo no probabilístico intencional dado que la elección de los sujetos no se realizó aleatoriamente, sino que estuvo conformada por sujetos tipo que cumplieron con los criterios de inclusión. Ello se

debió a que las ENOG no son padecimientos comunes por lo que no se pudo contar con una población suficientemente grande para poder realizar la selección al azar.

#### **8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.**

Los criterios de inclusión que se utilizaron en la presente investigación para considerar la participación de los sujetos fueron los siguientes:

- Aceptarán colaborar en el estudio en forma voluntaria mediante carta de consentimiento informado (anexo).
- Tuvieran un diagnóstico clínico y electromiográfico corroborado de alguna ENOG en el caso del grupo control y fueran sujetos sanos en el caso del grupo clínico.
- Acudieran a la consulta externa de genética del Instituto Nacional de Ortopedia del Sector Salud en el caso del grupo clínico y pertenecieran a la población general abierta que asiste al mismo en el caso del grupo control.

Los criterios que se tomaron en cuenta para excluir a los sujetos que no podían participar fueron los siguientes:

- No concluyeran las valoraciones necesarias para los propósitos planteados en la presente investigación.
- Presentaran alguna dificultad o discapacidad intelectual u de otro tipo que les impidiera contestar los instrumentos requeridos.
- No tuvieran antecedentes o padecieran alguna enfermedad física o mental (diferente a las ENOG en el caso del grupo clínico) en el momento de hacer el estudio.

### 9. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Los instrumentos que se utilizaron en el presente trabajo para la recolección de los datos fueron la entrevista clínica y la versión en español del Inventario Multifásico de la Personalidad o MMPI-E adaptado para uso de la población latinoamericana por Rafael Núñez (1996).

#### *Entrevista clínica.*

Se empleó la entrevista clínica que se aplica en el Instituto Nacional de Ortopedia conformada por dos partes. La primera correspondiente a la ficha o datos de identificación de los pacientes y la segunda a la historia del padecimiento. Cabe mencionar que ésta sólo se utilizó para obtener el diagnóstico médico, sexo y edad de los sujetos y descartar cualquier otro tipo de padecimiento físico y mental que no estuviera contemplado en este estudio. Contenía los siguientes rubros (ver anexo):

- Fecha
- Nombre
- Edad
- Expediente
- Servicio
- Sexo
- Datos de los padres
- Antecedentes familiares no patológicos
- Antecedentes familiares patológicos
- Diagnóstico probable y final
- Crecimiento y desarrollo
- Exploración física y estudios aplicados
- Antecedentes pre y perinatales
- Árbol genealógico

#### *MMPI-E.*

El MMPI es uno de los instrumentos autodescriptivos más valiosos con que se cuenta para la valoración de los trastornos de la personalidad dentro de las baterías de pruebas psicológicas. Consta de 566 reactivos presentados en forma de folleto. Éstos se contestan con "cierto" cuando se trate de una afirmación o "falso" en caso de que la pregunta no se asemeje a

la experiencia del paciente. Su calificación se realiza a través de plantillas, una por cada escala. Se obtiene un percentil, el cual se compara con la puntuación término medio de cada una y señala si es alta o baja. Una vez obtenida dicha información se procede a su interpretación clínica.

Evalúa la autodescripción de los sujetos a través de cuatro escalas de validez (7, L, F, K) y diez escalas clínicas (hipocondriasis, depresión, histeria, desviaciones psicopáticas, masculino y femenino, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión-extroversión). (Hathaway y col., 1960; Rivera, 1991) A continuación se describe brevemente cada una de ellas de acuerdo a Núñez (1996):

**Escala 7.** Agrupa los reactivos que no fueron contestados por los sujetos tales como omisiones que pueden deberse a diferentes factores (por ejemplo: problemas para entenderlos, falta de disposición para contestarlos o falta de contacto cultural en algunas áreas de la prueba).

**Escala L.** Evalúa la alteración de las respuestas cuando éstas no reflejan las actitudes convencionales con las que los individuos pretenden mostrarse apegado a los valores sociales, como alguien que reacciona de acuerdo con las expectativas del grupo.

**Escala F.** Valora las alteraciones psicológicas severas.

**Escala K.** Mide la tendencia a no reconocer la propia problemática. Además contribuye como factor de corrección de la prueba al elevar los puntajes de 5 escalas clínicas (hipocondriasis, desviaciones psicopáticas, psicastenia, hipomanía y esquizofrenia) que son las que con mayor probabilidad pueden alterarse.

**Hipocondriasis.** Se refiere a la descripción de la sensación de problemas somáticos como fatiga, cansancio y molestias físicas vagas. Las personas reconocen la preocupación por su salud física.

**Depresión.** Describe el conjunto de características relacionadas con los sentimientos de inseguridad, discapacidad, abatimiento y culpa de las personas.

**Histeria.** Alude a la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia que los individuos demandan de su grupo.

**Desviaciones psicopáticas.** Mide la posibilidad de que los individuos manifiesten sus descargas impulsivas en forma abierta y sin control.

**Masculino/Femenino.** Reseña las características masculinas y femeninas que el grupo social asigna convencionalmente a los respectivos papeles de varón y mujer.

**Paranoia.** Pone de manifiesto actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y la tendencia a interpretar los estímulos de manera inadecuada.

**Psicastenia o angustia.** Valora la angustia con que los individuos enfrentan diversas situaciones de la vida.

**Esquizofrenia.** Es una escala débil, ya que se entiende que la esquizofrenia es uno de los síndromes más complejo que se conocen y no es posible evaluarlo solamente a través de algunos reactivos.

**Hipomanía.** Evalúa la energía que tienen los sujetos para fijarse metas, ambicionar algo y tratar de alcanzarlo.

**Introversión/Extroversión.** Describe a los sujetos que tienden a ser introvertidos o extrovertidos.

## 10. EQUIPO Y MATERIAL.

Para la realización de la presente investigación se utilizaron los expedientes de los sujetos participantes y el formato de la entrevista clínica del INO para poder conformar la muestra y el folleto de preguntas, hojas de respuesta y formatos del perfil y sumarios del MMPI-E para la recolección de los datos.

También se utilizaron lápices del No. 2, equipo de cómputo, impresora láser, papelería en general y material de escritorio. El paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) se ocupó en el análisis estadístico de los datos.

#### **11. PROCEDIMIENTO.**

Para realizar el estudio se acudió al INO, en donde se presentó el proyecto de investigación a las autoridades correspondientes y se solicitó su permiso para el desarrollo de la misma en dicha institución. Una vez obtenida la autorización se procedió a reclutar a los sujetos de estudio para conformar los grupos clínico y control.

El grupo clínico se fue formando a medida que se corroboraba el diagnóstico de ENOG a través de la entrevista clínica y los estudios de laboratorio utilizados en el INO, cuyos resultados se encontraban en los expedientes médicos. Se recolectaron los datos generales de los posibles candidatos en la consulta externa de genética, se les invitó a participar en la investigación y se les dió una breve explicación junto con sus padres o familiares sobre lo que consistía el estudio y como debería de ser contestado el instrumento de evaluación (MMPI-E) en forma autoadministrada o por interrogatorio directo y finalmente se solicitaba el consentimiento a sus familiares. Para ambas formas de evaluación se contó con el apoyo necesario para resolver cualquier duda que surgiera durante la aplicación del instrumento de investigación. El tiempo de solución del cuestionario fue ilimitado y pudo ser resuelto en una o varias sesiones de acuerdo al rendimiento físico y mental de cada paciente.

Cada vez que se integraba un sujeto al grupo clínico se seleccionaban dos sujetos sanos para conformar el grupo control comparables en edad y sexo, a quienes se aplicó el mismo tratamiento, esto es, se solicitaron sus datos generales y su consentimiento y se les aplicó el Inventario Multifactorial de Personalidad de Minnesota en español (MMPI-E) para la obtención de su perfil de personalidad.

Al término de la aplicación del instrumento se calificaron las respuestas dadas por los sujetos de los grupos clínico y control de acuerdo a las diferentes escalas del MMPI-E. Se obtuvieron las puntuaciones y percentiles en cada una de ellas y se vaciaron en el formato de

perfil y sumario. Posteriormente se procedió a la captura y análisis de la información por medios computarizados y se realizó la interpretación clínica y estadística de los resultados, describiéndolos tanto desde una perspectiva cualitativa como cuantitativa. También se elaboraron las gráficas y tablas que se consideró ilustraban mejor los resultados. A partir de éstos se corroboraron o rechazaron las hipótesis planteadas, se elaboraron las conclusiones y se discutieron a la luz de los hallazgos teóricos.

Como no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos a nivel cuantitativo pero se presentaron diferencias a nivel cualitativo, se procedió a realizar un análisis de reactivos para identificar los que presentaban diferencias significativas a nivel individual. Los que resultaron significativos se sometieron a un análisis factorial, dando como resultado 6 factores que presentaban una consistencia interna baja o negativa además de que no concordaban a nivel teórico ni conductual, por lo que se decidió agruparlos considerando las semejanzas que presentaban desde esta perspectiva, dando como resultado una consistencia interna más alta (Alfa de Cronbach = 79-89). Lo anterior marcó la pauta para la propuesta de una escala mucho más corta y adecuada a las características de las personas con ENOG compuesta por 57 reactivos agrupados en cinco factores para la valoración de la personalidad de este tipo de pacientes: depresión/manía, extroversión, contacto con la realidad, hipocondriasis y autocuidado.

## 12. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se plantearon las siguientes condiciones a nivel ético en vista de que los sujetos de investigación fueron seres humanos:

- No se obligó o condicionó la participación de los sujetos en la investigación, dado que fue completamente voluntaria y se encontraron en plena libertad de decidir si deseaban participar o continuar en el estudio o no querían hacerlo.
- En ningún momento se atentó contra la integridad física o emocional de los sujetos participantes dado que no recibieron ningún tratamiento médico o psicológico

agresivo, ya que el estudio sólo evaluó el estado actual de su personalidad a través de MMPI-E.

- La participación de los sujetos en el estudio no fue condicionada o un factor determinante para proporcionarles la atención médica o psicológica necesaria.
- En ningún momento los sujetos que lo requirieron dejaron de estar bajo supervisión médica y/o rehabilitación física.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE DATOS Y DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos de la aplicación del instrumento de investigación a los grupos clínico y control, los cuales fueron comparados por sujetos y grupos de estudio, sexo, edad, escalas del MMPI-E, forma de contestar los reactivos que conforman cada una, significancia de éstos y factores obtenidos en relación a la personalidad. Asimismo, se describe la estadística utilizada para estos fines y se muestran las tablas y gráficas que mejor ilustran los hallazgos encontrados.

#### 1. ESTADÍSTICA UTILIZADA.

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva, obteniéndose las frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Igualmente se realizaron las siguientes pruebas:

**T de Student.** Se utilizó para evaluar si los dos grupos de estudio diferían significativamente con respecto a la media. Se seleccionó esta prueba porque el nivel de medición de las variables a comparar era intervalar y se contaba con dos medias independientes.

**Contraste de la diferencia de proporciones.** Se utilizó para analizar si los dos grupos de estudio eran significativamente diferentes en las puntuaciones altas, medias y bajas, considerando el porcentaje obtenido en las diferentes escalas del MMPI-E.

**$\chi^2$  (ji o chi cuadrada).** Se utilizó como análisis no paramétrico para comparar los grupos de estudio en la forma de contestar los reactivos que componen las escalas del MMPI-E, ya

que las variables fueron de tipo categórico. Se obtuvo el nivel de significancia de cada reactivo para identificar a los responsables de las diferencias cualitativas presentadas en cada escala.

**Análisis factorial.** Se empleó para agrupar en factores los reactivos de las escalas del MMPI-E que fueron significativos cuando se compararon los grupos clínico y control.

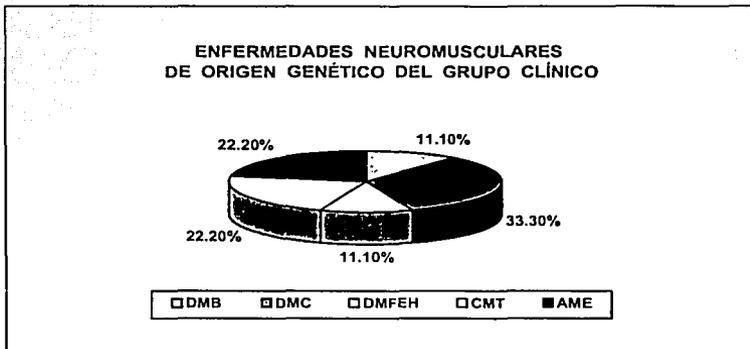
**Alfa de Cronbach.** Permite medir la consistencia interna de los factores, entendiéndose por tal, el grado en que se correlacionan los reactivos entre sí. Va de cero a uno, en donde, el cero indica una ausencia total de consistencia y el uno una consistencia interna perfecta.

La probabilidad que se consideró en todas las pruebas estadísticas fue igual o menor a 0.05 a excepción del análisis de reactivos, en donde también se incluyeron aquellos que presentaron una probabilidad igual o menor a 0.1.

## 2. SUJETOS Y GRUPOS DE ESTUDIO.

De los sujetos que conformaron el grupo clínico se encontró que el 33.3% tenía un diagnóstico de distrofia muscular de cinturas (DMC), el 22.2% de atrofia muscular espinal (AME) y neuropatía periférica (CMT) cada uno, el 11.1% de distrofia muscular de Becker (DMB) y en igual porcentaje de distrofia muscular facioescápulohumeral (DMFEH). Patologías que se agruparon bajo el rubro de enfermedades neuromusculares de origen genético (ENOG) en un sólo grupo de estudio con la finalidad de poder contar con una muestra más representativa de esta variable debido a las dificultades para su reclutamiento por las características propias de la enfermedad y la escasa población con este tipo de padecimientos; además, todas comparten características similares por lo que podían constituir una variable homogénea (ver gráfica 1).

De los 9 sujetos del grupo clínico y los 18 del grupo control, el 55.6% fueron mujeres con un rango de edad de 17 a 28 y 17 a 27 años y una media de 23 y 22 años respectivamente, mientras que el 44.4% eran hombres con un rango de edad de 17 a 30 y 21 a 30 años y una media de 23 y 24 años también respectivamente. No se presentaron diferencias significativas en cuanto al número y edad de los sujetos cuando se compararon por sexo y edad por lo que se consideraron como grupos estadísticamente homogéneos.



GRÁFICA 1. Distribución de la población de acuerdo a las enfermedades neuromusculares de origen genético del grupo clínico. Distrofia muscular de Becker (DMB), distrofia muscular de cinturas (DMC), distrofia muscular facioescápulohumeral (DMFEH), neuropatías periféricas Charcot-Marie-Tooth (CMT) y atrofia muscular espinal (AME).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



GRÁFICA 2. Distribución de la población de los grupos clínico y control con respecto a la edad y sexo de los sujetos. Se observa que la participación de los hombres del grupo control fue mayor en el intervalo de 22 a 26 años en comparación a los demás. En cuanto al sexo y promedio de edad se obtuvo un total homogéneo.

### 3. PERFIL DE PERSONALIDAD.

Para la obtención del perfil de personalidad de los grupos de estudio las puntuaciones naturales obtenidas por cada sujeto en las diferentes escalas del MMPI-E se transformaron en puntuaciones T, tomando como base las tablas del manual de la prueba y siguiendo los procesos predeterminados para este fin (Núñez, 1996).

#### *Comparación por sexo.*

Con el objeto de conocer la ejecución de los grupos de estudio en las diferentes escalas del MMPI-E se obtuvo la media, desviación estándar y nivel de significancia de las respuestas dadas por los sujetos por medio de la prueba T de Student considerando el sexo y el total de participantes.

En la comparación de los hombres con las mujeres en las 13 escalas que conforman el MMPI-E, únicamente en esquizofrenia se obtuvo un valor significativo con una probabilidad de 0.03 en las mujeres del grupo clínico con respecto a las del grupo control. No obstante, otras escalas se aproximaron como validez K ( $p = 0.07$ ), esquizofrenia ( $p = .0.07$ ), hipomanía ( $p = 0.09$ ) y psicastenia ( $p = 0.10$ ) en los hombres y validez F ( $p = 0.08$ ) en las mujeres. El resumen de los resultados de este análisis se muestra en la tabla 1.

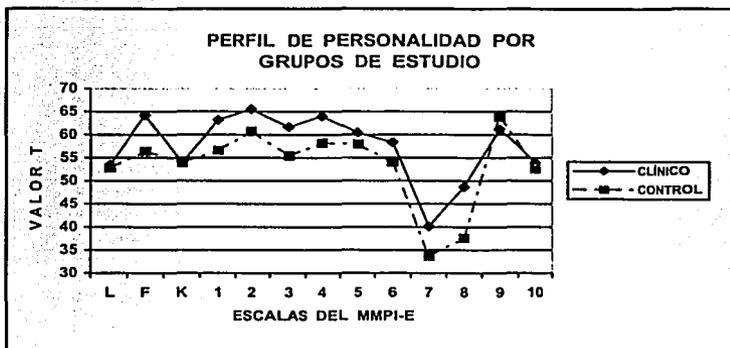
#### *Comparación por escalas.*

En la comparación por escalas del MMPI-E, el grupo clínico obtuvo puntuaciones superiores al grupo control en casi todas ellas, a excepción de validez K que fueron iguales e hipomanía en donde se invirtieron, siendo menores las de este grupo. Es importante señalar que las diferencias presentadas no fueron estadísticamente significativas y que el perfil de personalidad de ambos grupos tuvo una forma muy similar.

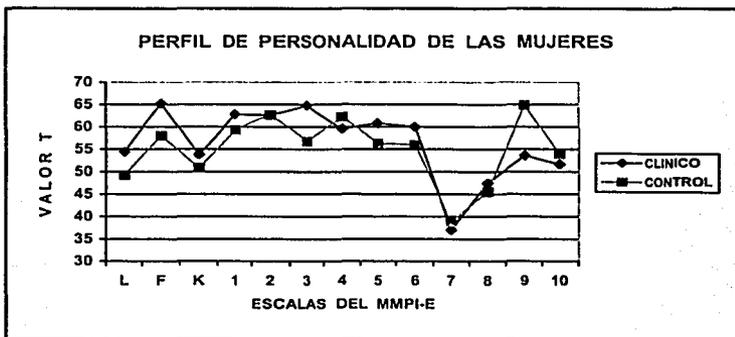
También es importante mencionar respecto a las puntuaciones obtenidas por el grupo control, que éstas estuvieron por arriba de la norma establecida por Núñez (1996) en muchas de las escalas del MMPI-E. Los pacientes con ENOG no mostraron desviaciones significativas en validez L y K, paranoia, esquizofrenia e introversión/extroversión; en cambio, en validez F, hipocondriasis, histeria, desviaciones psicopáticas, masculino/femenino e hipomanía se observa una elevación. La máxima puntuación se presentó en la escala de depresión y la mínima en psicastenia (ver tabla 1 y gráfica 3).

ESCALAS DEL MMPI-E	GRUPO CLÍNICO (n = 9)						GRUPO CONTROL (n = 18)						NIVEL DE SIGNIFICANCIA		
	MEDIA			DESV. ESTANDAR			MEDIA			DESV. ESTANDAR			F	M	Total
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total			
L	54.4	52.2	53.4	9.1	8.6	8.4	49.2	57.2	52.7	3.8	13.0	9.7	.28	.57	.17
F	65.2	63.0	64.2	14.0	12.4	12.5	58.0	54.3	56.3	13.0	7.3	10.7	.08	.34	.43
K	53.8	54.0	53.8	8.9	4.7	6.9	50.9	57.6	53.8	10.6	6.8	9.5	.64	.07	.58
Hipocondriasis	62.8	63.7	63.2	7.8	12.8	9.6	59.3	53.2	56.6	10.3	10.7	10.6	.12	.42	.54
Depresión	62.6	69.2	65.5	7.9	14.9	11.3	62.7	58.2	60.7	6.1	6.5	6.5	.39	.24	.56
Histeria	64.8	57.7	61.6	11.2	11.6	11.3	56.7	53.8	55.4	5.2	8.3	6.7	.30	.59	.34
Desv. Psicop.	59.6	69.5	64.0	10.8	13.6	12.4	62.2	53.1	58.1	14.6	8.2	12.7	.72	.20	.48
Mas/Fem	60.8	60.0	60.4	9.9	7.3	8.3	56.3	60.0	57.9	6.8	2.6	5.5	.26	.69	.34
Paranola	60.0	56.2	58.3	7.1	12.4	9.3	56.0	51.5	54.0	4.0	8.0	6.3	.24	.24	.50
Psicastenia	37.0	44.0	40.1	10.9	20.4	15.1	38.9	27.0	33.6	14.5	10.1	13.8	.13	.10	.89
Esquizofrenia	47.4	50.2	48.6	11.1	18.8	14.0	45.5	27.7	37.6	16.3	12.7	17.0	.03	.07	.64
Hipomanía	53.6	68.5	61.2	11.0	10.8	12.9	64.9	62.5	63.8	5.3	11.3	8.3	.21	.09	.23
Extrov/Introv	51.6	56.7	53.8	3.7	10.2	7.3	53.9	51.1	52.6	8.9	5.8	7.6	.50	.63	.95

TABLA 1. Se muestran las medias, desviaciones estándar y niveles de significancia de los grupos clínico y control en las diferentes escalas del MMPI-E en relación a la variable sexo (M = masculino y F = femenino). En las mujeres únicamente se obtuvo un valor significativo en esquizofrenia ( $p = .03$ ) y cercano en validez F ( $p = 0.08$ ); en los hombres se aproximaron validez K ( $p = 0.07$ ), esquizofrenia ( $p = 0.07$ ), hipomanía ( $p = 0.09$ ) y psicastenia ( $p = 0.10$ ).



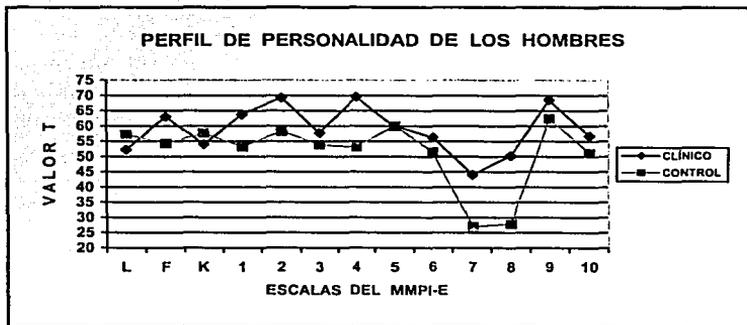
**GRÁFICA 3.** Se muestra el perfil de personalidad de los grupos clínico y control. El patrón de ambos fue similar en su desempeño con la diferencia de que el clínico obtuvo una puntuación T superior al control en la mayoría de las escalas del MMPI-E, mientras que en validez K fueron iguales y en hipomanía se invirtió. Hipocondriasis (1), depresión (2), histeria (3), desviaciones psicopáticas (4), masculino/femenino (5), paranoia (6), psicastenia (7), esquizofrenia (8), hipomanía (9) e Introversión/extroversión (10).



**GRÁFICA 4.** Perfil de personalidad de las mujeres de los grupos clínico y control. En depresión ambos grupos coincidieron, presentándose diferencias en el resto de las escalas, de las cuales hipomanía fue estadísticamente significativa ( $p = 0.03$ ). Hipocondriasis (1), depresión (2), histeria (3), desviaciones psicopáticas (4), masculino/femenino (5), paranoia (6), psicastenia (7), esquizofrenia (8), hipomanía (9) e Introversión/extroversión (10).

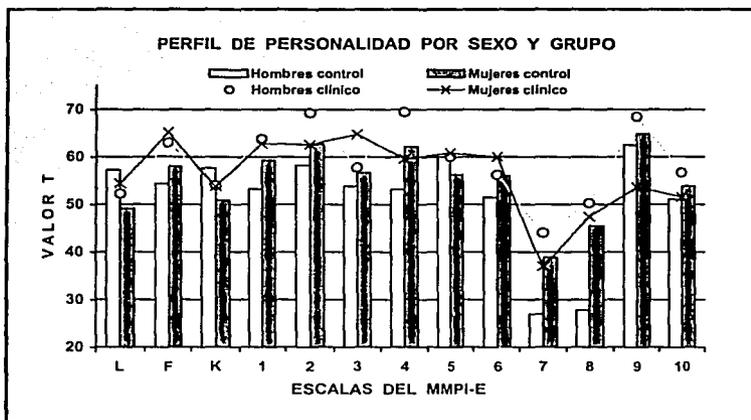
Dado que los grupos clínico y control presentaron diferencias aun cuando éstas no fueron estadísticamente significativas, se realizó un análisis cualitativo por sexo para comparar la ejecución de los hombres y las mujeres y determinar su participación en las diferentes escalas del MMPI-E. En el perfil de personalidad de las mujeres del grupo clínico, las puntuaciones fueron idénticas a las del grupo control en depresión, mientras que en psicastenia, hipomanía e introversión/extroversión se encontraron por debajo y en las escalas restantes obtuvieron puntuaciones superiores. Cabe señalar que en esquizofrenia la diferencia fue significativa ( $p = 0.03$ ) (ver tabla 1 y gráfica 4).

En el perfil de personalidad de los hombres, el grupo clínico presentó puntuaciones superiores a las del grupo control en casi todas las escalas, salvo en masculino/femenino en donde fueron iguales y en validez L y K que se invirtieron. A pesar de que existió una marcada diferencia en las escalas de psicastenia ( $p = 0.10$ ) y esquizofrenia ( $p = 0.07$ ), los valores no fueron significativos pero si cercanos a 0.05, lo que probablemente se debió a la variabilidad de las respuestas, ya que las desviaciones estándar fueron muy grandes (ver tabla 1 y gráfica 5).



**GRÁFICA 5.** Perfil de personalidad de los hombres de los grupos clínico y control. En la escala de masculino/femenino ambos obtuvieron la misma puntuación, mientras que en las demás se presentaron diferencias no significativas. Hipocondriasis (1), depresión (2), histeria (3), desviaciones psicopáticas (4), masculino/femenino (5), paranoia (6), psicastenia (7), esquizofrenia (8), hipomanía (9) e introversión/extroversión (10).

En la comparación del perfil de personalidad de los cuatro subgrupos de estudio se obtuvo que de las trece escalas del MMPI-E, en validez L y K los hombres del grupo control y en validez F las mujeres del grupo clínico presentaron la mayor elevación; por otro lado, en hipocondriasis, depresión, desviaciones psicopáticas, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión/extroversión los hombres del grupo clínico obtuvieron los valores más altos, mientras que en histeria y paranoia fueron las mujeres del grupo clínico quienes mostraron este tipo de puntuaciones; por último, en la escala masculino/femenino los grupos coincidieron a excepción de las mujeres del grupo control (ver tabla 1 y gráfica 6).



GRÁFICA 6. Perfil de personalidad de los grupos de estudio por sexo. Los hombres del grupo control obtuvieron la mayor puntuación en las escalas L y K, las mujeres del grupo clínico en validez F, histeria y paranoia y los hombres de este mismo grupo en hipocondriasis, depresión, desviaciones psicopáticas, psicastenia, hipomanía, e introversión/extroversión. En depresión las mujeres de ambos grupos obtuvieron la misma puntuación. Hipocondriasis (1), depresión (2), histeria (3), desviaciones psicopáticas (4), masculino/femenino (5), paranoia (6), psicastenia (7), esquizofrenia (8), hipomanía (9) e introversión/extroversión (10).

#### 4. ANÁLISIS CUALITATIVO.

Una vez obtenidos los resultados cuantitativos del perfil de personalidad de cada grupo, se realizó el análisis cualitativo de las escalas que conforman el MMPI-E. Para ello, se agruparon las puntuaciones en tres categorías con base en el valor T obtenido en cada una: puntuación alta cuando el valor T era mayor a 55, baja cuando el valor T era menor a 45 y media cuando el valor T se encontraba entre 45 y 55. Para la comparación de los grupos de estudio en relación al porcentaje de cada escala en las diferentes categorías, se utilizó la prueba de contraste de la diferencia de proporciones con la cual se obtuvo un valor Z, el cual se comparó con el valor de la tabla de áreas bajo la curva normal para conocer si era significativamente diferente (valor Z mayor o igual a 1.96 para un nivel significativo de 0.05 y de 2.57 para un nivel de 0.01).

##### *Comparación por grupos.*

***Puntuaciones altas.*** Respecto a la categoría de las puntuaciones altas, el grupo clínico obtuvo un porcentaje mayor que el grupo control en las escalas de validez L y F, hipocondriasis, histeria, desviaciones psicopáticas, paranoia e introversión/extroversión; mientras que en validez K, depresión, masculino/femenino e hipomanía fue a la inversa y solamente en las escalas de psicasteria y esquizofrenia las puntuaciones fueron las mismas para ambos grupos.

***Puntuaciones medias.*** En la categoría de las puntuaciones medias, el grupo clínico superó al grupo control en las escalas de validez K, depresión, masculino/femenino, psicasteria y esquizofrenia; en validez F, hipocondriasis, histeria, paranoia e introversión/extroversión fue a la inversa y sólo validez L, desviaciones psicopáticas e hipomanía obtuvieron el mismo porcentaje (ver tabla 2).

***Puntuaciones bajas.*** Respecto a las puntuaciones bajas, el grupo control superó al grupo clínico en casi todas las escalas a excepción de paranoia e hipomanía, en donde los resultados se invirtieron y en validez F y depresión fueron iguales.

### **Comparación por sexo.**

**Puntuaciones altas.** En las mujeres del grupo clínico predominaron las escalas de validez F, hipocondriasis, depresión, histeria y paranoia y en las del grupo control hipocondriasis, depresión, histeria, desviaciones psicopáticas, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión/extroversión. En los hombres del grupo clínico destacaron validez L, desviaciones psicopáticas, masculino/femenino, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión/extroversión y en el grupo control validez L, F y K y masculino/femenino. Se obtuvo una diferencia significativa en las escalas de desviaciones psicopáticas y paranoia en los hombres ( $p = 0.01$  y  $p = 0.05$  respectivamente) y en histeria e hipomanía en las mujeres (ambas con  $p = 0.05$ ).

**Puntuaciones medias.** Las mujeres del grupo clínico superaron a los hombres en las escalas de validez L, desviaciones psicopáticas, masculino/femenino, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión/extroversión y las del grupo control en validez L, F y K, masculino/femenino, psicastenia y esquizofrenia. Sin embargo, en las escalas de validez F y K, hipocondriasis, depresión, histeria y paranoia del grupo clínico y en hipocondriasis, depresión, histeria, desviaciones psicopáticas, paranoia, hipomanía e introversión/extroversión del grupo control, los hombres fueron superiores a las mujeres. Las escalas de desviaciones psicopáticas ( $p = 0.05$ ) e introversión/extroversión/ en los hombres ( $p = 0.01$ ) y la de histeria ( $p = 0.05$ ) en las mujeres fueron significativas.

**Puntuaciones bajas.** Las mujeres del grupo clínico superaron a los hombres en las escalas de validez K, paranoia e hipomanía y las del grupo control en validez L y K, desviaciones psicopáticas, masculino/femenino e introversión/extroversión; en tanto que en el grupo clínico validez L, paranoia, esquizofrenia e introversión/extroversión y en el control hipocondriasis, histeria, paranoia, psicastenia y esquizofrenia fueron a la inversa; en las demás obtuvieron el mismo porcentaje. Se obtuvo una diferencia significativa únicamente en la escala de psicastenia en los hombres ( $p = 0.05$ ) (ver tabla 3).

ESCALAS DEL MMPI-E	ALTAS		MEDIAS		BAJAS		VALOR Z		
	Clínico	Control	Clínico	Control	Clínico	Control	ALTAS	MEDIAS	BAJAS
L	33.3	27.7	55.5	55.5	11.1	16.6	.2959	0.0	.4027
F	77.7	44.4	22.2	55.5	0.0	0.0	1.8340	1.8356	0.0
K	33.3	50.0	55.5	33.3	11.1	16.6	.8504	1.113	.4027
Hipocondría	77.7	44.4	22.2	50.0	0.0	5.5	1.8340	1.5285	1.0197
Depresión	77.7	83.3	22.2	16.6	0.0	0.0	.3409	.3416	0.0
Histeria	77.7	61.1	22.2	27.7	0.0	11.1	.9214	.3159	1.4963
Dev.Psicop.	77.7	61.1	22.2	22.2	0.0	16.6	.9214	0.0	1.8903
Masc/Fem	66.6	83.3	33.3	11.1	0.0	5.5	.9271	1.2783	1.0197
Paranoia	66.6	55.5	22.2	38.8	11.1	5.5	.5662	.9225	.4758
Psicastenia	11.1	11.1	33.3	11.1	55.5	77.7	0.0	1.2783	1.1531
Esquizofrenia	22.2	22.2	33.3	11.1	44.4	66.6	0.0	1.2783	1.1130
Hipomanía	66.6	88.8	11.1	11.1	22.2	0.0	1.2766	0.0	1.6016
IntrovExtrov	55.5	38.8	33.3	44.4	11.1	16.6	.8285	.5665	.4027

TABLA 2. Resumen de los porcentajes de los grupos clínico y control en relación a las puntuaciones altas, medias y bajas obtenidas en las diferentes escalas del MMPI-E.

### Análisis de reactivos.

Dado que los grupos de estudio presentaron diferencias en las escalas del MMPI-E se consideró que tales diferencias aun cuando no eran estadísticamente significativas podrían estar relacionadas a las respuestas dadas en cada uno de los reactivos. Por ello, se decidió realizar un análisis de éstos con la finalidad de comparar los grupos de estudio de acuerdo a la respuesta dada en cada uno. Debido a que las variables a comparar fueron de tipo nominal categóricas se utilizó el  $\chi^2$  para obtener las diferencias significativas. De los 566 reactivos sólo 57 presentaron un valor significativo igual o menor a 0.05, es decir, únicamente en aproximadamente el 10% de los reactivos del MMPI-E los grupos de estudio difirieron en su respuesta.

ESCALAS DEL MMPI-E	ALTAS						BAJAS					
	CLÍNICO		CONTROL		VALOR Z		CLÍNICO		CONTROL		VALOR Z	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
L	20	50	0	62.5	1.117	.412	0	25	20	12.5	1.579	.568
F	80	75	40	50	1.690	.894	0	0	0	0	0	0
K	40	25	30	75	.380	1.885	20	0	30	0	.434	0
Hipocondriasis	80	75	60	25	.845	1.885	0	0	0	12.5	0	1.067
Depresión	80	75	100	62.5	1.110	.452	0	0	0	0	0	0
Histeria	100	50	70	50	2.053*	0	0	0	0	25	0	1.631
Dev. Psicop.	60	100	70	50	.380	2.811**	0	0	20	12.5	1.579	1.067
Masc/Fem	60	75	70	100	.380	.412	0	0	10	0	1.051	0
Paranoia	80	50	70	37.5	.434	1.999*	0	25	0	12.5	0	.508
Psicastenia	0	25	20	0	1.579	1.154	60	50	60	100	0	1.994*
Esquizofrenia	20	25	30	12.5	.434	.508	40	50	40	87.5	.370	1.358
Hipomanía	40	100	90	87.5	2.094*	1.050	40	0	40	0	1.825	0
Introv/Extrov	40	75	50	25	.370	1.885	0	25	0	12.5	1.579	.508

ESCALAS DEL MMPI-E	PUNTUACIONES MEDIAS					
	CLINICO		CONTROL		VALOR Z	
	F	M	F	M	F	M
L	80	25	80	25	0	0
F	20	25	60	50	1.690	.894
K	40	75	40	25	0	1.885
Hipocondriasis	20	25	40	62.5	0.845	1.358
Depresión	20	25	0	37.5	1.117	0.452
Histeria	0	50	30	50	2.068*	0
Dev. Psicop.	40	0	10	37.5	1.25	2.189*
Masc/Fem	40	25	20	0	0.790	1.154
Paranoia	20	25	30	50	0.434	0.894
Psicastenia	40	25	20	0	0.790	1.154
Esquizofrenia	40	25	20	0	0.790	1.154
Hipomanía	20	0	10	12.5	0.493	1.067
Introv/Extrov	60	0	30	62.5	1.142	3.649**

TABLA 3. Resumen de los porcentajes de los grupos clínico y control por sexo en las categorías de puntuaciones altas, medias y bajas obtenidas en las diferentes escalas del MMPI-E (\*p = 0.05 y \*\*p = 0.01).

Una vez realizado lo anterior se obtuvo la frecuencia y el porcentaje de los reactivos significativos en cada una de las escalas, encontrándose que hipocondriasis, depresión e histeria fueron las más altas. Aquí es importante señalar que un total de 23 reactivos se repiten en más de una escala debido a que comparten características, ocasionando que la suma de los reactivos por escala aumente a 93, de los cuales 36 son idénticos (ver tabla 4).

Los reactivos que resultaron tener una probabilidad menor o igual a 0.05 en cada una de las escalas del MMPI-E se presentan en la tabla 5, especificándose su descripción, significancia y escala a la que pertenecen.

ESCALAS DEL MMPI-E	TOTAL DE REACTIVOS	SIGNIFICANCIA IGUAL O < 0.05	PORCENTAJE
L	15	1	6.6
F	64	6	10.9
K	30	2	6.6
Hipocondriasis	33	9	27
Depresión	60	16	26.6
Histeria	60	9	15
Dev. Psicopáticas	50	7	14
Masculino / Femenino	61	8	13.1
Paranoia	40	4	10
Psicastemia	48	6	12.5
Esquizofrenia	78	12	15.3
Hipomanía	46	4	8.6
Introv/Extrov	70	10	12.8

TABLA 4. Total de reactivos significativos y sus porcentajes de acuerdo a la escala del MMPI-E a la que pertenecen.

En este capítulo se presentó la descripción y el análisis cuantitativo de los datos recopilados a través del instrumento de investigación utilizado en el presente trabajo. En el siguiente capítulo se encuentran las conclusiones y la discusión de los resultados obtenidos fundamentadas teóricamente, abordándose desde una perspectiva tanto cuantitativa como cualitativa.

No.	R E A C T I V O S	SIGNIFICANCIA	ESCALAS
18	Muy raras veces sufro de estreñimiento	0.05	1 y 2
35	Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito	0.019	F, 4, 6 y 8
41	He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo	0.019	2, 7 y 8
42	A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida)	0.04	F y 4
48	Cuando estoy con gente me molesta el oír cosas muy extrañas	0.009	F
51	Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos	0.01	1, 2 y 3
53	Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted	0.001	F
55	Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho	0.009	1 y 3
58	Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron	0.03	2
63	No he tenido dificultad en comenzar o detener el acto de defecación	0.008	1
67	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo	0.05	2, 4, 7 y 10
92	Me gustaría ser enfermero (o enfermera)	0.05	5
95	Voy a la iglesia casi todas las semanas	0.019	2
98	Creo en la segunda venida de Cristo	0.04	2
101	Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre	0.05	9
104	No parece importarme lo que pase	0.05	8
131	No me preocupa contraer enfermedades	0.05	2
133	Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común	0.01	5
135	Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría	0.002	L
138	La crítica o el regaño me hiere profundamente	0.04	K, 2 y 10
141	Mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean	0.02	3 y 4
148	Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante	0.05	K y 9
149	Acostumbraba llevar un diario de mi vida	0.05	5
154	Nunca he tenido un ataque o convulsiones	0.009	2
159	No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes	0.03	2, 7 y 8
163	No me canso con facilidad	0.009	1
177	Mi madre fue una buena mujer	0.011	8
182	Tengo miedo de perder el juicio	0.02	2, 3, 7 y 8

No.	R E A C T I V O S	SIGNIFICANCIA	ESCALA
189	Siento debilidad general la mayor parte del tiempo	0.05	1, 2, 3 y 7
192	No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino	0.003	1, 3 y 8
193	No me dan ataques de alegría o asma	0.05	2 y 10
207	Me gustan distintas clases de juegos y diversiones	0.03	2
230	Raras veces noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces me siento corto de respiración	0.02	1 y 3
235	He sido bastante independiente y libre de la disciplina familiar	0.006	4
239	He sufrido un desengaño amoroso	0.02	4 y 5
240	Nunca me preocupo por mi aspecto	0.05	9
243	Sufro de poco o ninguna clase de dolor	0.02	1 y 3
249	Creo que existe el diablo y el infierno	0.02	5
253	Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas	0.02	3
254	Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas los unos a los otros	0.004	5 y 10
256	La única parte interesante del periódico es la página cómica	0.02	F
261	Si fuera artista me gustaría pintar flores	0.04	5
276	Me gustan los niños	0.02	F y 8
277	A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro que he deseado que se salga con la suya	0.0001	9
294	Nunca he tenido tropiezos con la ley	0.009	4 y 6
297	Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales	0.001	5 y 8
319	A la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás aunque no lo diga	0.009	6
320	Muchos de mis sueños son acerca de asuntos sexuales	0.05	8
324	Nunca he estado enamorado de alguien	0.009	8
330	Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos	0.009	8
340	Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente	0.01	7
347	No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño	0.009	6
371	No soy una persona demasiado consciente de sí misma	0.001	10
440	Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas.	0.05	10
479	No me molesta el ser presentado a extraños	0.03	10
481	Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo	0.02	10
505	He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora	0.009	10

TABLA 5. Reactivos con un valor significativo igual o menor a 0.05 de cada una de las escalas del MMPI-E.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo de este capítulo es dar a conocer las conclusiones y la discusión de los resultados de la presente investigación derivados del análisis de los datos recopilados a través del MMPI-E. La organización de éste sigue la misma secuencia que el capítulo anterior a excepción del último apartado por lo que quedó conformado por cuatro apartados: sujetos y grupo de estudio, perfil de personalidad, análisis cualitativo y análisis de las puntuaciones de las escalas del MMPI-E.

#### **1. SUJETOS Y GRUPOS DE ESTUDIO.**

Es importante señalar que la muestra de estudio fue pequeña quedando integrada únicamente por 27 sujetos (9 del grupo clínico y 18 del grupo control), sin embargo, originalmente se tenía contemplado estudiar un número mayor de casos. Contar con individuos para el grupo control no representó gran problema, sin embargo, no fue posible contar con una población más grande para el grupo clínico debido principalmente a que de los 30 pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético (ENOG) que acuden mensualmente al Instituto Nacional de Ortopedia (INO), aproximadamente el 60% son de primera vez y todos menores de 14 años y el 40% restante son de atención subsecuente, de los cuales únicamente el 10% cumple con el requisito de inclusión de tener o ser mayor de esta edad; por lo tanto, sólo fue posible reclutar aproximadamente de uno a dos sujetos por mes.

Por otro lado, de los pacientes de atención subsecuente registrados en el INO no todos quisieron participar, algunos simplemente desertaron (igual número de hombres y mujeres) y en otros casos no regresaron para continuar la prueba por las condiciones propias del instrumento tal como su longitud, o de la enfermedad, dado que se cansaban fácilmente o les costaba trabajo contestarlo por no tener la capacidad intelectual para hacerlo.

De los 9 pacientes con ENOG que concluyeron la investigación, la mayoría perteneció al sexo femenino (55.5%) en comparación con el sexo masculino (44.4%), debido a que este tipo de enfermedades son más incapacitantes y agresivas en los varones por la carga genética que conllevan, lo que difícilmente les permite realizar las actividades o llegar a la edad requerida con la capacidad física o intelectual adecuada para contestar instrumentos como el MMPI-E.

Respecto a la edad, el rango se encontró entre los 17 y 30 años con una media de 22.8 y 23.1 años para los grupos clínico y control respectivamente. El pico máximo de participación estuvo en el intervalo comprendido entre los 17 y 26 años. Como ya se mencionó, los sujetos menores de 14 años no pudieron participar porque ésta es la edad límite menor de aplicación del MMPI-E, razón por la que se incluyó como un criterio de inclusión. En relación a los sujetos de más de 30 años, el deterioro sufrido por el padecimiento provoca una incapacidad severa para responder este tipo de pruebas, además de que el grado de mortalidad se incrementa en los varones a partir de los 20 años por lo que se torna cada vez más difícil encontrar sujetos de edad avanzada para la conformación del grupo clínico.

Finalmente, en nuestro país se reportan 300 casos nuevo anuales con algún tipo de ENOG, incidencia que además es equitativa a la reportada mundialmente para cada tipo de enfermedad, en donde la distrofia muscular de cinturas, la neuropatía periférica tipo Charcot-Maire-Tooth y las atrofas musculares espinales son los padecimientos más frecuentes, datos que se corroboraron en este estudio (ver gráfica 1).

## **2. PERFIL DE PERSONALIDAD.**

Para el análisis del perfil de personalidad se tomó como base las puntuaciones T de cada escala de acuerdo a Núñez (1996), quien las clasifica en altas (T mayor o igual a 55), medias (T entre 46 a 54) y bajas (T menor o igual a 45), lo que permite una interpretación diferente para cada una. Con base en esta clasificación se encontraron diferencias en los grupos de estudio en casi todas las escalas del MMPI-E. En general, las puntuaciones del grupo clínico mostraron un perfil similar y una tendencia a ser superiores al grupo control a excepción de L, K y extroversión/introversión, que fueron casi iguales (52.6 a 53.8). Ambos grupos obtuvieron puntuaciones medias en las escalas L, K y extroversión/introversión, el grupo control en F,

hipocondriasis, histeria, desviaciones psicopáticas, masculino/femenino y paranoia y el grupo clínico en esquizofrenia. En psicastenia los dos grupos se encontraron en el rango menor al promedio (33.6 y 40.1) y en depresión e hipomanía por arriba de éste (60.7 y 65.5). En ningún caso se obtuvo un valor estadísticamente significativo en el análisis cuantitativo probablemente por el reducido tamaño de la muestra. Las diferencias encontradas coinciden en su mayoría con los resultados reportados por Harper (1978 y 1983).

**Grupo clínico.** Las escalas con las puntuaciones más elevadas para el grupo clínico fueron validez F, hipocondriasis, depresión, histeria, desviaciones psicopáticas, masculino/femenino, paranoia e hipomanía; indicando preocupación, exageración de la problemática, tensión emocional interna, tristeza, pesimismo, evasión, indiferencia, aislamiento, inseguridad, sentimientos de incapacidad, falta de motivación, actitud derrotista y demandante, dependencia, problemas en las relaciones interpersonales principalmente con las figuras de autoridad, así como hostilidad y enojo contra sus padres a quienes culpan de todos los problemas por los que pasan.

Las escalas con las puntuaciones más bajas fueron psicastenia y esquizofrenia. La primera refleja angustia reducida, así como una actitud hacia el orden. La segunda una percepción de forma realista con una adecuada capacidad de socialización. Estas características coinciden con Harper (1983), quien reportó rasgos similares en las personas que sufren de impedimentos físicos (aislamiento, pesimismo, egocentrismo, introversión, desesperación y depresión).

Por lo tanto, las personas con ENOG presentan una adecuada adaptación psicológica, pero salpicada de una gran cantidad de reacciones emotivas probablemente debido a que enfrentan una enfermedad para la que no existe cura y el progreso de la misma es sumamente aversivo, principalmente en los varones. Igualmente, el enojo hacia a los padres (en especial hacia la madre) es real, ya que son los responsables de su transmisión a nivel genético. Es importante mencionar que éste únicamente se observa en una primera instancia, ya que al avanzar el padecimiento, los sujetos tienden a formar lazos emocionales muy fuertes con sus padres.

**Grupo control.** Las puntuaciones más elevadas se presentaron en las escalas de depresión e hipomanía; indicando dinamismo y tendencia a fijarse metas, ambicionar algo y tratar de conseguirlo, además de tener suficiente energía para realizar múltiples actividades. Las puntuaciones más bajas se reflejaron en las escalas de psicastenia y esquizofrenia, por lo que a diferencia del grupo clínico, no mostraron una tendencia hacia la preocupación, para sí una organización buena de su vida y una percepción realista con una adecuada capacidad de socialización. Esto es, los sujetos sin ENOG mostraron una adecuada adaptación psicológica, y se describieron como optimistas, decididos y libres de las costumbres sociales pero con rasgos ligeramente depresivos y preocupados por situaciones temporales; características que son fomentadas más por cuestiones culturales y sociales que por el padecimiento de alguna enfermedad.

#### **Comparación por sexo.**

El perfil de personalidad de las mujeres y de los hombres fue diferente en 12 de las 13 escalas que conforman el MMPI-E, las cuales no fueron estadísticamente significativas salvo la de esquizofrenia en las mujeres del grupo clínico ( $p = 0.03$ ). De esta manera, los datos corroboraron la existencia de diferencias en el perfil de personalidad de las personas con ENOG en comparación con las personas sin este tipo de padecimiento considerando el sexo de los sujetos, encontrándose las mayores diferencias en los hombres y las mujeres del grupo clínico en las escalas de depresión, histeria, desviaciones psicopáticas e hipomanía.

**Perfil femenino.** Las mujeres del grupo clínico presentaron puntuaciones superiores al grupo control en las escalas L, F, K, hipocondría, histeria, masculino/femenino, paranoia y esquizofrenia; puntuaciones inferiores en desviaciones psicopáticas, psicastenia, hipomanía y extroversión/introversión; y únicamente en depresión fueron iguales. Por lo tanto, la personalidad de las mujeres se modifica por la presencia de alguna ENOG, reflejando conductas infantiles, dependientes y manipuladoras, necesidad de apego, fantasía, introversión, interés significativo acerca de su salud, flexibilidad en su autodescripción, poca angustia, alejamiento del rol aprobado socialmente y establecido para el género femenino, desconfianza, suspicacia, sobreinterpretación de los estímulos, falta de energía y motivación. Características inversas en las mujeres sanas que también fueron introvertidas, depresivas, impulsivas y

reportaron tener problemas con las figuras de autoridad. Ambos grupos fueron sinceros y realistas.

Es de llamar la atención que la escala de depresión, en la cual se esperaban las principales diferencias resultó ser igual para ambos grupos, indicando que la depresión no sólo es influida por la presencia de alguna enfermedad física sino también por factores socioculturales tal como lo reportó Rivera (1991).

**Perfil masculino.** Las escalas en donde los hombres del grupo clínico superaron al grupo control fueron validez F, hipocondriasis, depresión, histeria, desviaciones psicopáticas, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía y extroversión/introversión; en validez L y K las puntuaciones fueron bajas y solamente en masculino/femenino fueron iguales, mostrando tensión interna, exageración de la problemática, interés significativo por su salud, tristeza, abatimiento, conductas infantiles y manipuladoras, introversión, dependencia, desconfianza, suspicacia, sobreinterpretación de los estímulos, angustia, fantasía, flexibilidad en su autodescripción, falta de energía y motivación; características inversas a las que presentaron los hombres sanos. Se concluye que la presencia de alguna ENOG también influye en la personalidad de los varones.

Lo anterior lleva a la conclusión de que el perfil de personalidad de los sujetos con ENOG y sin este tipo de enfermedades es diferente y que la diferencia se relaciona al género, es decir, existen rasgos de personalidad que difieren en ambos y otros que sólo los presentan los hombres o las mujeres. Por ejemplo, el sexo femenino fue diferente al masculino en las escalas de depresión, histeria, desviaciones psicopáticas, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión/introversión, indicando que las mujeres a diferencia de los hombres son menos depresivas, impulsivas e introvertidas, manifiestan menor energía y motivación y se angustian en menor medida, pero son más demandantes de afecto, desconfiadas, cautelosas, realistas y sociables, sin problemas con las figuras de autoridad ni de relaciones interpersonales y con una tendencia a interpretar los estímulos de manera inadecuada.

### 3. ANÁLISIS CUALITATIVO.

La clasificación de Núñez (1996) reflejó que los grupos de estudio se comportaron de forma diferente en la mayoría de las escalas que componen el MMPI-E, aun cuando éstos no fueron estadísticamente significativos, cuyos resultados se encuentran a continuación:

**Escala de validez 7.** No se presentaron omisiones en las respuestas de los sujetos de ambos grupos que pudieran invalidar la interpretación del perfil obtenido.

**Escala de validez L.** Un poco más de la mitad de los sujetos de estudio (55.5%) presentaron puntuaciones medias indicando que su grado de franqueza al contestar la prueba fue alto; es decir, no distorsionaron sus respuestas, fueron flexibles en su autodescripción y se apegaron a las actitudes sociales convencionales. Un 33.3% presentó puntuaciones altas mostrando una tendencia mayor en tales rasgos y un 11% bajas, exhibiendo rigidez en su autodescripción y falta de interés por adherirse a las normas sociales.

En relación al género, el 80% de las mujeres de los grupos clínico y control obtuvieron puntuaciones medias, mientras que el 50% de los hombres de este grupo y el 62.5% del control las presentaron altas, discrepancia (12.5%) que no fue estadísticamente significativa; esto es, las diferencias presentadas en el comportamiento de los hombres y las mujeres de los diferentes grupos de estudio cuando se compararon con su mismo sexo fueron irrelevantes.

En cambio, en la comparación del desempeño de hombres y mujeres a nivel intragrupal, se encontraron diferencias significativas tanto en el grupo clínico ( $p = 0.05$ ) como en el control ( $p = 0.01$ ), siendo más sincero el sexo femenino que el masculino, ya que los varones se inclinaron más hacia la necesidad de impresionar favorablemente y ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación a sí mismos, mostrándose conformistas, convencionales y menos sinceros en su autodescripción. Hallazgos que marcaron una diferencia de comportamiento por sexo en la escala L, indicando que los hombres de ambos grupos tienden a exagerar más su autodescripción que las mujeres con estas mismas características; por lo tanto, el hecho de presentar este padecimiento no influyó en esta escala.

**Escala de validez F.** El 75% de los sujetos del grupo clínico y el 44.4% del grupo control presentaron puntuaciones altas. De esta manera, las personas con ENOG fueron más temperamentales, insatisfechas, inquietas, negativas, obstinadas e inestables en sus opiniones, también presentaron una mayor tensión interna y tendieron a exagerar su problemática. Características que son reales y no ocasionadas por una mala percepción de los estímulos, sino más bien por la presencia de la enfermedad, ya que se enfrentan a un padecimiento sin cura definitiva y la muerte se hace inminente a temprana edad o en los mejores casos los incapacita severamente (Harper, 1978; Eggers & Zatz, 1998).

En relación al género, las mujeres del grupo clínico superaron a las del grupo control en las puntuaciones altas en una proporción de dos a uno. El desempeño de los hombres fue similar a las de las mujeres, ya que el 75% del grupo clínico presentó puntuaciones altas a diferencia del grupo control en donde sólo la mitad lo hicieron y la otra mitad estuvo en la clasificación media. No se encontraron diferencias significativas en ambos casos. Por ello, tanto los hombres como las mujeres con ENOG mostraron conductas de insatisfacción, una mayor susceptibilidad a elevar su tensión interna y exagerar su problemática, lo cual puede ser justificado por la presencia de la enfermedad.

En general se observó que tanto las mujeres como los hombres con alguna ENOG tienden a presentar puntuaciones altas debido a que viven un proceso muy difícil al luchar día a día contra la evolución del padecimiento y en última instancia contra la muerte. El avance puede ser lento o rápidamente devastador y conducir a la pérdida de las esperanzas de cura, lo cual se ve reflejado en una postura negativa, malhumorada e inestable, en donde la incertidumbre del pronóstico eleva su tensión interna llegándose a manifestar problemas de conducta y carácter reflejados en su temperamento. Aspectos que están relacionados con los reactivos de esta escala y resultan verdaderos para estas personas, a diferencia de las que no presentan estas enfermedades, cuyo origen sería más de tipo psicológico y no por la presencia del padecimiento, el cual si influye en esta escala.

**Escala K.** Sólo el 33.3% del grupo clínico y la mitad del grupo control presentaron puntuaciones altas y el 55.5% y 33.3% de los grupos clínico y control respectivamente clasificaron en las puntuaciones medias. No se obtuvieron diferencias significativas en ambos casos.

En cuanto al género, las mujeres resultaron ser menos defensivas que los hombres ( $p = 0.05$ ) y los del grupo control fueron los más defensivos en su autodescripción; es decir, los que no tienen la enfermedad se sienten con la capacidad suficiente para resolver su propia problemática presentando una conducta defensiva mayor y considerándose independientes a diferencia de las personas con ENOG que reconocen su incapacidad para solucionar su problemática y se vuelven dependientes a consecuencia de está, siendo más marcado en las mujeres de ambos grupos y menos marcado en los hombres con el padecimiento. Datos que indican que las personas con ENOG son menos defensivas, tienden a ser más abiertas y flexibles en su autodescripción y saben admitir sus limitaciones a pesar de presentar un sentimiento de incapacidad para la solución de su problemática más que las personas sanas, por lo que su presencia si repercute en esta escala.

**1. Escala de hipocondriasis (Hi).** El 77.7% del grupo clínico presentó una puntuación alta a diferencia del grupo control en donde el 50% de los integrantes estuvo en la categoría de las puntuaciones medias y el 44.4% en las puntuaciones altas, indicando que las personas con ENOG tienen una excesiva preocupación por su salud. En relación al género, las mujeres y los hombres con la enfermedad se preocuparon más que las personas sanas, y de éstas, las mujeres tendieron a preocuparse más que los hombres, lo cual se puede atribuir a un rol sociocultural. En ningún caso se encontraron diferencias significativas.

En general podemos decir que los sujetos del grupo clínico expresaron un interés significativo acerca de su salud presentando quejas somáticas difusas y vagas, así como una genuina preocupación por ésta, mientras que el grupo control fue realista acerca de su salud y reflejó pocas manifestaciones de sintomatología somática. Esta preocupación e interés por la salud es normal en los pacientes con ENOG, ya que la propia enfermedad y el pronóstico de la misma incrementan la sensibilidad de sus malestares físicos y el miedo a tener complicaciones que los conduzcan a la muerte es muy factible. Así, las ENOG también influyen en esta escala.

**2. Escala de depresión (D).** Ambos grupos presentaron puntuaciones altas, superando el grupo control al clínico, ya que obtuvieron 83.3% y 77.7% respectivamente; la diferencia de 5.6% no fue significativa. En relación al género, se encontró que las mujeres fueron más depresivas que los hombres y que el hecho de presentar alguna ENOG no es un factor

determinante para la elevación de la escala e incluso resultó ser significativa ( $p = 0.05$ ) la diferencia de la comparación de ambos sexos del grupo control, en donde el 100% de las mujeres presentaron puntuaciones altas mientras que solo el 62.5% de los hombres las obtuvieron; dejando establecido que el sexo femenino tendió a presentar un mayor nivel de depresión sin deberse este incremento a la presencia de la enfermedad física sino a otro factor probablemente de tipo individual o sociocultural.

Lo anterior llamó la atención debido a que los estudios previos han reportado que los pacientes con ENOG presentan una elevación considerable en esta escala en comparación con las personas sin esta enfermedad (Harper, 1978 y 1983), mientras que en la muestra estudiada las puntuaciones obtenidas por el grupo clínico no resultaron estar tan elevadas en comparación al los sujetos control, lo que manifiesta que la población mexicana presenta puntuaciones menores en esta escala coincidiendo con Rivera (1991), quien menciona que su elevación en la población de nuestro país se puede deber a factores socioculturales.

**3. Escala de histeria (Hs).** Las puntuaciones altas se presentaron en el 77.7% y el 61.1% de los grupos clínico y control respectivamente, sin ser significativa la diferencia (16.6%). En relación al género, el 100% de las mujeres ( $p = 0.05$ ) del grupo clínico y sólo el 70% del grupo control presentaron una puntuación alta. Ello indica que la elevación en esta escala es característica de las mujeres y se ve incrementada por la presencia de la enfermedad y en los hombres esto no es relevante, ya que ambos grupos presentaron puntuaciones medias. Es decir, las mujeres fueron más dependientes, manipuladoras, infantiles y tendieron a buscar más el cariño y aceptación que los hombres, los cuales son más desapegados e independientes. En el caso de los varones con ENOG estas conductas se relacionaron con el aislamiento como consecuencia y medida de afrontamiento ante la enfermedad.

Lo anterior indicó que las personas con ENOG tienden a ser más dependientes, manipuladoras e infantiles; características que están relacionadas a este tipo de padecimientos, ya que los pacientes sufren de una incapacidad que los vuelve dependientes de la familia y del personal médico para mantenerse con vida y que junto con la sobreprotección de los padres se incrementa a diferencia de las personas sanas. Por lo tanto, en ésta escala la presencia de alguna ENOG si es relevante.

**4. Escala de desviaciones psicopáticas (DP).** El comportamiento de los grupos fue similar a la escala de histeria, superando también el grupo clínico al grupo control, lo que indica que las personas con ENOG son más demandantes con los seres que las rodean y tienden a realizar conductas para llamar la atención de éstos, aspectos que son reforzados por la sobreprotección de los padres para aminorar su sentimiento de culpa (Eggers & Zatz 1998; Harper 1983).

En relación al género, se encontraron diferencias significativas en los hombres, ya que todos el grupo clínico presentó una puntuación alta, mientras que sólo la mitad del grupo control lo hizo, señalando que los varones con ENOG son personas resentidas, inconformes y con problemas en las relaciones interpersonales; conductas fomentadas y reforzadas por la presencia de la enfermedad, ya que ésta impide el contacto externo al incapacitarlos físicamente lo que a su vez los vuelve totalmente dependientes. Esto hace que se enojen consigo mismo, lo que se ve reflejado en su frustración. En el caso de las mujeres estas conductas se presentaron más en las que no padecen la enfermedad, comportamiento que puede estar influido socioculturalmente, manifestándose más como rebeldía e ir en contra de las normas sociales establecidas.

**5. Escala masculino/femenino (M/F).** El 66.6% del grupo clínico y el 83.3% del grupo control obtuvieron puntuaciones altas, indicando que los integrantes del grupo control tienden a alejarse más de los roles socialmente aprobados y establecidos para su sexo. Es importante mencionar que esta escala no evalúa la homosexualidad y la interpretación clínica es diferente para cada sexo; por lo tanto, las mujeres fueron consideradas como personas con una gran seguridad y capacidad de competencia, desinhibición y amantes del peligro, conductas que se presentaron en el 60% de los casos del grupo clínico y en el 70% del grupo control, a diferencia de los hombres en donde el 100% de los sujetos del grupo control y 75% del grupo clínico fueron sensibles, idealistas, sociables, filosóficos y socialmente perceptivos.

Cabe destacar que estos aspectos se presentaron con más frecuencia en las personas sin la enfermedad y que las personas con ENOG se ven limitadas al realizar las actividades propias de un hombre o una mujer debido a que enfrentan una incapacidad física y/o mental por la carga genética de la misma que repercute directamente en la procreación afectando en gran medida a ambos géneros, siendo más notorio en los varones por el simple hecho de que este

padecimiento es más agresivo y devastador en ellos (Harper 1978; Eggers & Zatz 1998; Witte 1985).

**6. Escala de paranoia (Pa).** El 66.6% del grupo clínico y el 55.5% del grupo control presentaron puntuaciones altas. En relación al género, las mujeres de ambos grupos superaron a los hombres en esta categoría; es decir, la hipersensibilidad, rigidez, desconfianza, resentimiento, agresividad, limitación y presión social o vocacional de la vida son propias de ellas y el hecho de presentar alguna ENOG repercute incrementando la vulnerabilidad de tener pensamientos de persecución, enajenamiento y actitud ingenua, características que se atribuyen a los hombres. Por lo tanto, las personas con alguna ENOG fueron más desconfiadas y sobreinterpretaron los estímulos manifestando estados agresivos repentinos, los cuales son utilizados como un mecanismo para salvaguardar su seguridad.

**7. Escala de psicastenia (Ps).** El 77.7% del grupo control y el 55.5% del grupo clínico estuvieron en la categoría de las puntuaciones bajas; es decir, las personas sin enfermedad física enfrentan sus situaciones cotidianas con niveles bajos de angustia, con una capacidad adecuada para organizar el trabajo, sin dudas en sus actitudes y no se preocupan por pequeñeces, mientras que las personas con ENOG presentan poca tolerancia, una preocupación excesiva aún por los problemas más pequeños, niveles mayores de angustia e incapacidad para tomar decisiones.

Considerando el género, las mujeres tendieron a presentar menos este tipo de sintomatología que los hombres del grupo clínico, esto es, las mujeres con ENOG no presentaron un cuadro clínico propio de esta escala debido a que el padecimiento es más devastador en los varones. Asimismo, todos los hombres del grupo control y la mitad del grupo clínico presentaron una puntuación baja significativa ( $p = 0.05$ ) y solamente el 60% de las mujeres de ambos grupos la obtuvieron. Los datos de esta escala se justifican por la presencia de la enfermedad, ya que las personas que la padecen tienen que enfrentar un curso incierto y devastador de la misma, lo que por un lado, eleva su angustia y por otro, la incapacidad física las hace dependientes de sus familiares, quienes son los que toman las decisiones. Por lo tanto, la presencia de alguna ENOG sí modifica esta escala.

**8. Escala de esquizofrenia (Es).** El 44.4% del grupo clínico y el 66.6% del grupo control presentaron puntuaciones bajas. Es decir, las personas sin enfermedad física son convencionales, aceptan la autoridad, tienen control de sí mismas y son poco imaginativas. En relación al género, el 40.0% de las mujeres de ambos grupos obtuvieron una puntuación baja, mientras que el 50% de los hombres del grupo clínico y el 87.5% del grupo control la presentaron, diferencia que no fue significativa pero marcó el desempeño de los grupos. De esta manera, el convencionalismo, autocontrol, realismo de las situaciones y la atención de la autoridad son las características más frecuentes en las mujeres y hombres sin la enfermedad. Es importante señalar que los pacientes con ENOG son capaces de enfrentar su realidad y el aislamiento y la fantasía son utilizados como estrategias de afrontamiento que les sirven para aminorar los efectos devastadores de la misma (Adler, 1972).

**9. Escala de hipomanía (Ma).** El 88.8% del grupo control y el 66.6% del grupo clínico presentaron una puntuación alta, lo cual indica que la energía para la fijación de metas, ambicionar algo y alcanzarlo fue mayor en las personas sin esta enfermedad. Esto no quiere decir que las personas con ENOG no presenten estas características, sino que la mayoría de las veces sus metas se relacionan más bien con su salud a un nivel cognoscitivo.

En relación al género, las mujeres del grupo clínico (40%) difirieron significativamente ( $p = 0.05$ ) del grupo control (90%) en las puntuaciones altas. En el caso de los hombres, el 100% del grupo clínico y el 87.5% del grupo control también obtuvieron puntuaciones altas, diferencia que no fue estadísticamente significativa. La comparación de los hombres con las mujeres del grupo clínico fue significativa ( $p = 0.01$ ), es decir, la enfermedad afecta más a las mujeres que a los hombres.

Presentar ENOG modifica la planeación del futuro y la elevación de esta escala es similar a la encontrada por Harper (1978), en donde tanto las mujeres como los hombres tienden a presentar episodios maníacos acompañados de depresión. Estos hallazgos resultaron ser paradójicos para los hombres del grupo clínico, ya que las ENOG son más agresivas en ellos y presentan una mayor limitación física; sin embargo, hay que considerar que los reactivos del MMPI-E de esta escala son de tipo cognoscitivo en la expresión de la impulsividad e inmadurez más que la manifestación de una respuesta conductual orientada a la acción.

**10. Escala de extroversión/introversión (E/I).** El 55.5% y el 38.8% del grupo clínico y control respectivamente, presentaron puntuaciones altas, sin ser significativa la diferencia. En relación al género, los hombres con ENOG presentaron en mayor medida estas características a diferencia de las mujeres con este mismo padecimiento, lo que explica porque este tipo de enfermedades es más agresiva y devastadora en los varones.

Así, la introversión es una característica más frecuente en las personas con ENOG que en las que no las presentan, siendo los hombres más introvertidos que las mujeres, mientras que en las personas sanas es a la inversa. Los datos no dan información para poder determinar si esta conducta se debe a la presencia de la enfermedad. Sin embargo, basándonos en la literatura se puede inferir que se relaciona a ésta, ya que este tipo de población tiende al aislamiento, se vuelve vulnerable al rechazo y crítica de los demás, presenta apatía, timidez, inseguridad, incapacidad para tomar decisiones, lentitud y rigidez de pensamiento y conductual, características propias de la introversión (Harper, 1983; Marks y col., 1974).

Como conclusión del análisis cualitativo, se puede decir que no sólo se presentaron variaciones de tipo cuantitativo en las diferentes escalas que conforman el MMPI-E, sino que también se presentaron discrepancias de tipo cualitativo en la personalidad de los pacientes con ENOG cuando se comparan con personas sanas físicamente y que estos cambios se relacionaron principalmente al género.

#### **4. ANÁLISIS DE REACTIVOS POR ESCALAS.**

Del análisis de reactivos, las escalas con el porcentaje mayor fueron depresión e hipocondriasis, en donde un poco más del 25% de los integrantes contestaron de manera diferente, lo cual se justifica porque los reactivos que las conforman tienen un contenido somático o emocional y en el caso de las personas con ENOG son verdaderos por la historia de la enfermedad y no por la percepción inadecuada de los estímulos. Además, en algunos casos los cuidados que reciben los pacientes modifican la respuesta dando como consecuencia que el reactivo no se aplique a ellos. Por ejemplo en "Muy raras veces sufro de estreñimiento", resulta cierto en estos pacientes porque están sometidos a una dieta que difícilmente permite la

presencia de estreñimiento, lo que es más frecuente en la población sin este tipo de enfermedad.

En los siguientes párrafos se encuentra el resultado del análisis individual de los reactivos de cada una de las escalas del MMPI-E especificando el número y porcentaje de los que obtuvieron una probabilidad menor a 0.1, así como la descripción de los rasgos que los caracterizan.

**Escala de validez L.** Sólo el reactivo 135 (*si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría,  $p = 0.02$* ) cumplió la significancia requerida. Corresponde al 6.66% de los 15 que la conforman y se relaciona con la infracción de una regla social, la cual es más característica de los sujetos sanos que con ENOG, ya que la posibilidad de llegar a infringirla es mínima porque implica mostrar independencia y este tipo de pacientes tienden a ser dependientes y los que se muestran independientes siempre están acompañados de sus padres.

**Escala de validez F.** El 10.66% que corresponde a seis reactivos de los 64 que la conforman fueron significativos: 35 (*si la gente no la hubiera cogido conmigo hubiera tenido mucho más éxito,  $p = 0.1$* ), 42 (*a mi familia no le gusta el trabajo que he escogido o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida,  $p = 0.04$* ), 48 (*cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas,  $p = 0.009$* ), 53 (*un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted,  $p = 0.001$* ), 256 (*la única parte interesante del periódico es la página cómica,  $p = 0.02$* ) y 261 (*si fuera artista me gustaría pintar flores,  $p = 0.02$* ). Se relacionan con la fantasía y la influencia del medio externo tales como situaciones extrañas, creencias espirituales y relación familiar. Los pacientes con ENOG presentan una mayor fantasía como mecanismo de defensa y sufren de mayor incomodidad que los sujetos sanos cuando se enfrentan a situaciones nuevas o extrañas, sus creencias espirituales son más sólidas, al igual que su relación familiar por su influencia y cercanía; por lo tanto, son menos vulnerables al exterior pero más sensibles a las críticas.

**Escala de validez K.** Sólo los reactivos 138 (*la crítica o el regaño me hiere profundamente,  $p = 0.04$* ) y 148 (*me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpen*

cuando estoy trabajando en algo importante,  $p = 0.05$ ) que corresponden al 6.66% de los 30 que la conforman fueron significativos. Se relacionan con la impaciencia y repercusión del rechazo o desaprobación de los demás, cosas que se encuentran tanto en los sujetos con ENOG como en los sanos, pero es más evidente y repercute con mayor medida en los primeros.

**1. Escala de Hipocondriasis (Hi).** Nueve reactivos que corresponden al 27.27% de los 33 que la conforman obtuvieron una probabilidad significativa: 18 (*muy raras veces sufro de estreñimiento*,  $p = 0.05$ ), 48 (*cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas*,  $p = 0.009$ ), 55 (*casi nunca he sentido dolores en el corazón o en el pecho*,  $p = 0.009$ ), 58 (*todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron*,  $p = 0.03$ ), 163 (*no me canso con facilidad*,  $p = 0.009$ ), 189 (*siento debilidad general la mayor parte del tiempo*,  $p = 0.05$ ), 192 (*no he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino*,  $p = 0.003$ ), 230 (*raras veces noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces me siento corto de respiración*,  $p = 0.02$ ) y 243 (*sufro de pocos o ninguna clase de dolor*,  $p = 0.05$ ). Se relacionan con la sintomatología física de la enfermedad que presenta el grupo clínico, motivo por el que probablemente se presentaron las diferencias reportadas por los sujetos.

**2. Escala de depresión (D).** Esta escala obtuvo el mayor número de reactivos significativos con una probabilidad significativa, dieciséis, que corresponden al 26.66 % de los 60 que la conforman: 18 (*muy raras veces sufro de estreñimiento*,  $p = 0.05$ ), 41 (*he tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo*,  $p = 0.01$ ), 51 (*me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos*,  $p = 0.01$ ), 58 (*todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron*,  $p = 0.03$ ), 67 (*quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo*,  $p = 0.05$ ), 95 (*voy a la iglesia casi todas las semanas*,  $p = 0.1$ ), 98 (*creo en la segunda venida de Cristo*,  $p = 0.04$ ); 131 (*no me preocupa contraer enfermedades*,  $p = 0.05$ ), 138 (*la crítica o el regaño me hieren profundamente*,  $p = 0.04$ ), 154 (*nunca he tenido un ataque o convulsiones*,  $p = 0.009$ ), 159 (*no puedo entender lo que leo tan bien como la hacía antes*,  $p = 0.03$ ), 182 (*tengo miedo de perder el juicio*,  $p = 0.02$ ), 189 (*siento debilidad general la mayor parte del tiempo*,  $p = 0.05$ ), 193 (*no me dan ataques de alergia o asma*,  $p = 0.05$ ) y 207 (*me gustan distintas clases de juegos y diversiones*,  $p = 0.03$ ). Se relacionan con gustos, pensamientos religiosos y de percepción física

de los sujetos. La diferencia en la respuesta de estos reactivos es factible, ya que algunos se caracterizan o pueden estar influidos por la enfermedad. Las frases que se relacionan con la voluntad propia, fantasía, esperanza de felicidad, cuidado personal, aprobación social, capacidad intelectual y sensaciones físicas son ciertas en el grupo clínico, lo cual se puede explicar porque muchas de las frases embonan con los síntomas asociados a la misma.

**3. Escala de histeria (Hs).** Nueve reactivos fueron significativos y corresponden al 15.00% de los 60 que la conforman: 51 (*me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos*,  $p = 0.01$ ), 55 (*casi nunca he sentido dolores en el corazón o en el pecho*,  $p = 0.009$ ), 141 (*mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean*,  $p = 0.02$ ), 182 (*tengo miedo de perder el juicio*,  $p = 0.02$ ), 189 (*siento debilidad general la mayor parte del tiempo*,  $p = 0.05$ ), 192 (*no he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino*,  $p = 0.003$ ), 230 (*raras veces noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces me siento corto de respiración*,  $p = 0.02$ ) y 243 (*sufro de pocos o ninguna clase de dolor*,  $p = 0.05$ ). Se relacionan con la percepción de la salud en general, dolor específico en el cuerpo, la influencia de la gente sobre la conducta, miedo a consecuencias futuras sobre su pensar y situación motriz, aspectos que son importantes y más aplicables al grupo clínico que al control. Sin embargo, resultó que ambos grupos tendieron a contestarlos en forma similar siempre y cuando no fueran de tipo comparativo, reflejando que los sujetos con ENOG se autodescriben como sanos excepto cuando se comparan con el resto de las personas, ya que la descripción de su salud tiende a ser más hacia la enfermedad pues lidian en mayor medida con ella.

**4. Escala de desviaciones psicopáticas (DP).** Siete reactivos alcanzaron el criterio de significancia que corresponde al 14.00% de los 50 que la conforman: 35 (*si la gente no la hubiera cogido conmigo hubiera tenido mucho más éxito*,  $p = 0.01$ ), 42 (*a mi familia no le gusta el trabajo que he escogido o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida*,  $p = 0.04$ ), 67 (*quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo*,  $p = 0.05$ ), 141 (*mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean*,  $p = 0.02$ ), 235 (*he sido bastante independiente y libre de la disciplina familiar*,  $p = 0.006$ ), 239 (*he sufrido un desengaño amoroso*,  $p = 0.003$ ) y 294 (*nunca he tenido tropiezos con la ley*,  $p = 0.009$ ). Se relacionan con eventos externos como obtener éxito, anhelo de felicidad, influencia social, independencia,

situación laboral; cosas que están limitadas en los pacientes con ENOG, ya que tienden a ser dependiente y sentirse incapacitados para desarrollar una vida laboral y social como los demás.

**5. Escala de masculinidad/femenidad (M/F).** Ocho reactivos obtuvieron una probabilidad significativa que corresponde al 13.11% de los 61 que la conforman: 92 (*me gustaría ser enfermero o enfermera*,  $p = 0.05$ ), 133 (*nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común*,  $p = 0.01$ ), 149 (*acostumbraba llevar un diario de mi vida*,  $p = 0.05$ ), 239 (*he sufrido un desengaño amoroso*,  $p = 0.02$ ), 249 (*creo que existe el diablo y el infierno*,  $p = 0.02$ ), 254 (*me gustaría estar en un grupo en el que se hagan bromas los unos a los otros*,  $p = 0.004$ ), 261 (*si fuera artista me gustaría pintar flores*,  $p = 0.04$ ) y 297 (*quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales*,  $p = 0.001$ ). Se relacionan con la sexualidad, profesión, trabajo, socialización y aspectos de protección, característicos de un rol sexual específico. Área en la que los pacientes con ENOG están limitados, ya que por la enfermedad no pueden tener vidas sexual y laboral normales pues requieren de la protección de otros para su supervivencia. Es importante señalar que los reactivos fueron contestados de acuerdo a los roles establecidos para hombres y mujeres, por ello, las diferencias presentadas en la respuesta dada a cada uno.

**6. Escala de paranoia (Pa).** Solamente cuatro reactivos fueron significativos y corresponden al 10.0% de los 40 que la conforman: 35 (*si la gente no la hubiera cogido conmigo hubiera tenido mucho más éxito*,  $p = 0.01$ ), 294 (*nunca he tenido tropiezos con la ley*,  $p = 0.009$ ), 319 (*a la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás, aunque no lo diga*,  $p = 0.009$ ) y 347 (*no tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño*,  $p = 0.009$ ). Se relacionan con la influencia externa y el beneficio o fracaso de las personas, aspectos que se encuentran más marcados en el grupo control, es decir, no se relacionan con alguna enfermedad específica.

**7. Escala de psicastenia o angustia (Ps).** Seis reactivos obtuvieron una probabilidad significativa que corresponde al 12.50% de los 48 que la conforman: 41 (*he tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo*,  $p = 0.01$ ), 67 (*quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo*,  $p = 0.05$ ), 159 (*no puedo entender tan bien lo que leo como lo hacía antes*,  $p = 0.03$ ), 182 (*tengo miedo de perder el juicio*,  $p = 0.02$ ), 189 (*siento debilidad general la mayor parte del tiempo*,  $p = 0.05$ ) y

340 (*algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente*,  $p = 0.01$ ). Se relacionan con la voluntad, el anhelo, la comprensión mental, el miedo y la debilidad física, aspectos que se observan con frecuencia en los pacientes con ENOG, ya que el miedo a la muerte y a sus consecuencias hace que sus anhelos sean limitados y se pierda su voluntad.

**8. Escala de esquizofrenia (Es).** Doce obtuvieron una probabilidad significativa y corresponden al 15.38% de los 78 que la conforman: 35 (*si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho éxito*,  $p = 0.01$ ), 41 (*he tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo*,  $p = 0.01$ ), 104 (*no parece importarme lo que pase*,  $p = 0.05$ ), 159 (*no puedo entender lo que leo tan bien como la hacía antes*,  $p = 0.03$ ), 177 (*mi madre fue una buena mujer*,  $p = 0.01$ ), 182 (*tengo miedo de perder el juicio*,  $p = 0.02$ ), 192 (*no he tenido dificultades en mantener el equilibrio cuando camino*,  $p = 0.003$ ); 276 (*me gustan los niños*,  $p = 0.02$ ), 297 (*quisiera no ser perturbado por pensamiento sexuales*,  $p = 0.05$ ), 324 (*nunca he estado enamorado de alguien*,  $p = 0.009$ ) y 340 (*nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos*,  $p = 0.009$ ). Están vinculados con aspectos cognoscitivos, relación con los padres, sensación corporal y sexualidad. En el caso de los pacientes con ENOG la relación con los padres se puede llevar satisfactoriamente más que en el caso de los sujetos sanos, mientras que la sexualidad y la cognición están limitadas en este tipo de pacientes, en donde la percepción corporal es más sensible y frecuente en ellos.

**9. Escala de hipomanía (Ma).** Solamente cuatro reactivos alcanzaron el criterio de significancia y corresponden al 8.69% de los 46 que la conforman: 101 (*creo que la mujer debe de tener tanta libertad sexual como el hombre*,  $p = 0.05$ ), 148 (*me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante*,  $p = 0.05$ ), 240 (*nunca me preocupo por mi aspecto*,  $p = 0.05$ ), 277 (*a veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro que he deseado que se salga con la suya*,  $p = 0.0001$ ). Se relacionan con la apariencia física, pensamientos y manejo de paciencia. Situaciones de las que carecen los pacientes con ENOG, ya que sufren deformaciones físicas, tienden a ser impacientes y responder con agresividad y sus pensamientos pueden ser catastróficos o muy fantasiosos.

**10. Escala de extroversión/introversión (E/I).** Nueve reactivos obtuvieron una probabilidad significativa que corresponde al 12.85% de los 70 que la conforman: 67 (*quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo*,  $p = 0.05$ ), 138 (*la crítica o el regaño me hiere profundamente*,  $p = 0.04$ ), 193 (*no me dan ataques de alegría o asma*,  $p = 0.05$ ), 254 (*me gusta estar en un grupo en el que se hagan bromas los unos a los otros*,  $p = 0.004$ ), 371 (*no soy una persona consciente de sí misma*,  $p = 0.001$ ), 440 (*trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas*,  $p = 0.05$ ), 479 (*no me molesta el ser presentado a extraños*,  $p = 0.03$ ), 481 (*recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo*,  $p = 0.02$ ) y 505 (*he tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora*,  $p = 0.009$ ). Se asocian con la influencia externa sobre la persona, sensaciones corporales, participación grupal, relaciones interpersonales y autoconsciencia, situaciones que están limitadas en los pacientes con ENOG a diferencia de los sujetos sanos.

Respecto a las diferencias mostradas en los reactivos por los grupos clínico y control se puede concluir que 57 se pueden aplicar específicamente a los pacientes con ENOG, ya que reflejan en forma general su personalidad y las emociones que experimentan y que otros son irrelevantes por las características propias de este tipo de padecimientos, por lo que no es necesario que respondan a los 566 reactivos del MMPI-E. Por lo anterior se procedió a realizar un análisis factorial de los reactivos significativos para agruparlos considerando sus similitudes y valorando su consistencia interna, de tal forma que se tuviera una prueba más corta, con la cual se valoraran los principales rasgos de personalidad que se ven modificados por las enfermedades de este tipo. Por las razones expuestas, se procedió a la conformación de una escala que mida los rasgos de personalidad específicos de las personas con ENOG que satisfaga las demandas de aplicación, extensión, calificación, confiabilidad y validez de todo instrumento psicométrico.

## 5. ANÁLISIS DE LAS PUNTUACIONES DE LAS ESCALAS DEL MMPI-E.

Es recomendable verificar los rangos establecidos por Nuñez (1996) para la clasificación de las puntuaciones T del MMPI-E, ya que en este trabajo los sujetos del grupo control (personas físicamente sanas) presentaron en varias escalas puntuaciones por arriba de la

media (45-55) establecida por este autor, dato que refleja una modificación en el comportamiento de la población con el transcurso del tiempo probablemente debido a los cambios que sufren los grupos sociales influidos por la cultura y las costumbres de los mismos.

Por lo expuesto en el párrafo precedente se realizó un análisis considerando las puntuaciones bajas, medias y altas de las diferentes escalas del MMPI-E tal y como se presentaron en este estudio, quedando conformada de la siguiente forma: bajas cuando el valor T fue menor a 50, medias cuando se encontraba en el intervalo entre 50 a 60 y altas cuando fue mayor a 60 (ver tabla 6). En los párrafos siguientes se describen los resultados obtenidos considerando estos rangos.

### **PERFIL DE PERSONALIDAD**

**Grupo clínico.** Las escalas de psicastenia y esquizofrenia obtuvieron una puntuación baja, validez L y K e introversión/extroversión una puntuación media y validez F, hipocondriasis, depresión, histeria, desviaciones psicopáticas, masculino/femenino, paranoia e hipomania una puntuación alta; indicando que las personas con ENOG reportan ser realistas, sinceras, sin angustia, apegadas a las actitudes sociales, exageran su problemática, presentan problemas somáticos, tristeza, preocupación, inseguridad, discapacidad, abatimiento, culpa e impulsividad, son demandantes, dependientes, manipuladoras, se encuentran alejadas del rol social establecido para su género, sobreinterpretan los estímulos y tienen suficiente energía para planear actividades, por lo menos a nivel cognoscitivo.

**Grupo control.** Presentó puntuaciones bajas en las escalas de psicastenia y esquizofrenia, medias en validez L, F, K e hipocondriasis, histeria, desviaciones psicopáticas, masculino/femenino, paranoia e introversión/extroversión y altas en depresión e hipomania; señalando que los sujetos se describen como realistas, sinceros, sin angustia, apegadas a las actitudes sociales, sin tensión interna ni problemas somáticos, con una adecuada relación con la autoridad, asumen el rol socialmente establecido para su género, tienen un desempeño eficaz en las relaciones interpersonales y sociales, son dinámicas y emprendedoras pero tienden a deprimirse.

Ambos grupos coincidieron en las escalas L, K, depresión, psicastenia, esquizofrenia e introversión/extroversión, compartiendo algunas características como actitud realista y sincera, falta de angustia, apego a las actitudes sociales, presencia de síntomas depresivos y relaciones interpersonales y sociales adecuadas.

### **Comparación por sexo.**

**Grupo clínico.** Las mujeres fueron diferentes a los hombres en las escalas de histeria, desviaciones psicopáticas, masculino/femenino, esquizofrenia e hipomanía, lo cual indicó una actitud infantil, dependiente, manipuladora y realista, alejada del rol socialmente aprobado y establecido para su género, mientras que los hombres fueron impulsivos, narcisistas, demandantes, dinámicos, emprendedores y tendieron a tener problemas con las figuras de autoridad. Ambos géneros presentaron flexibilidad, sinceridad, tensión interna, exageración de la problemática, molestias somáticas, síntomas depresivos, tristeza, inseguridad, cautela, confianza, interpretación acertada de los estímulos, angustia disminuida y un desempeño normal en lo relacionado a la introversión/extroversión, cosa que se apega más a la realidad en estos pacientes corroborada por la observación directa.

**Grupo control.** Las mujeres fueron diferentes a los hombres en las escalas L, depresión y desviaciones psicopáticas, esto es, son impulsivas, demandantes y rígidas en su autodescripción, muestran desinterés por las normas sociales convencionales, síntomas depresivos y problemas con las figuras de autoridad a diferencia de ellos que fueron lo contrario. Ambos compartieron características como el reconocer su problemática, un adecuado manejo de los conflictos, no se presentaron síntomas somáticos, asumen el rol socialmente aprobado y establecido para su género, son cautelosos, realistas, sociables, no exhiben angustia, interpretan adecuadamente los estímulos y tienen un desempeño normal en lo relacionado a la introversión y extroversión.

El comportamiento de hombres y mujeres de los grupos estudiados fue idéntico en las escalas K, paranoia, psicastenia e introversión/extroversión; es decir, los sujetos fueron cautelosos, capaces de reconocer su problemática, interpretaron los estímulos adecuadamente, mostraron una actitud ordenada, sin angustia y un desempeño normal en lo relacionado a la

introversión y extroversión.

De acuerdo a los objetivos e hipótesis planteadas en esta investigación se corrobora que los pacientes con ENOG presentan diferencias en el perfil de personalidad, caracterizado principalmente porque el porcentaje de las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas del MMPI-E fue superior al de las personas sanas. Los principales aspectos afectados fueron el emocional y el social, así como las áreas familiar y laboral. En relación a sí el MMPI-E es un instrumento adecuado para evaluar los trastornos de personalidad, resultó ser muy extenso para este tipo de pacientes porque no cuentan con la energía física y capacidad mental suficiente para contestarlo.

Para finalizar este capítulo, las conclusiones derivadas de los datos se pueden resumir en lo siguiente:

- Existen diferencias en la personalidad de los sujetos que padecen alguna ENOG y los individuos sanos.
- El género es un factor determinante en el estudio de la personalidad.
- Se requiere implementar nuevos estudios dirigidos a explorar este tipo de padecimientos, principalmente su repercusión en los ámbitos emocional, sexual, social, familiar y laboral.
- Se debe de realizar un estudio para analizar los rangos establecidos por Núñez (1996) para clasificar e interpretar las diferentes puntuaciones de cada una de las escalas del MMPI-E.

ESCALAS	PUNTUACIONES	NÚÑEZ (1996)						ESTUDIO					
		BAJAS		MEDIAS		ALTAS		BAJAS		MEDIAS		ALTAS	
		< 45		45 a 55		> 55		< 50		50 a 60		> 60	
		Clinico	Control	Clinico	Control	Clinico	Control	Clinico	Control	Clinico	Control	Clinico	Control
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
L	ALTAS. Apego a las actitudes sociales convencionales.												
	BAJAS. Rigidez en la autodescripción e indiferencia hacia las normas sociales convencionales.												
F	ALTAS. Tensión interna, exageración de la problemática, incapacidad para manejar problemas.												
	BAJAS. Problemas en la capacidad de insight.												
K	ALTAS. Capacidad para resolver y restar importancia a los problemas o dificultades, conflicto en el manejo de la entrevista y en la postura que se tome ante las sugerencias terapéuticas.												
	BAJAS. Incapacidad para manejar y resolver problemas.												
HIPOCONDRIASIS	ALTAS. Presencia de problemas somáticos como fatiga, cansancio y molestias físicas vagas.												
	BAJAS. Muy poca o ninguna preocupación somática.												
DEPRESIÓN	ALTAS. Tristeza, inseguridad, discapacidad, abatimiento, culpa, actitud derrotista, falta de motivación, etc.												
	BAJAS. Disminución de la autocrítica en relación a la descripción de uno mismo.												
HISTERIA	ALTAS. Dependencia, actitud infantil y manipuladora.												
	BAJAS. Independencia.												
DESVIACIONES PSICOPÁTICAS	ALTAS. Narcisismo, impulsividad, actitud demandante, problemas con las figuras de autoridad o de relaciones interpersonales.												
	BAJAS. Manejo de la impulsividad que puede ser frágil y eventualmente se presenta como una cosa molesto para los propios sujetos.												
MASCULINO/ FEMENINO	ALTAS. Alejamiento del rol socialmente aprobado y establecido para cada género.												
	BAJAS. Aceptación y ejecución adecuada para cada sexo.												
PARANOIA	ALTAS. Desconfianza, suspicacia, sobreinterpretación de los estímulos y descargas de tipo agresivo.												
	BAJAS. Negación a aceptar las características anteriormente mencionadas, apariencia de control en situaciones de conflicto.												
PSICASTENIA	ALTAS. Angustia, incapacidad para tomar decisiones rápidas, actitud de exigencia hacia si mismo, problemas en las relaciones interpersonales y falta de tolerancia.												
	BAJAS. No hay preocupación, buena capacidad para organizar la vida personal y actitud ordenada.												
ESQUIZOFRENIA	ALTAS. Problemas en las relaciones interpersonales, tendencia al aislamiento y a la fantasía.												
	BAJAS. Actitud realista con una adecuada capacidad de socialización.												
HIPOMANÍA	ALTAS. Actitud dinámica, emprendedora, con gran energía para realizar múltiples actividades, establecimiento de relaciones interpersonales superficiales.												
	BAJAS. Falta de energía y motivación asociado a características de tipo depresivo.												
INTROVERSIÓN/ EXTROVERSIÓN	ALTAS. Introversión, aislamiento, mayor capacidad de insight.												
	BAJAS. Extroversión, interés en actividades del medio ambiente, adaptación social, menor capacidad de insight.												

96 TABLA 6. Desempeño de los diferentes grupos de estudio según la clasificación de las puntuaciones de cada escala del MMPI-E según los parámetros de Núñez (1996) y modificadas de acuerdo a los resultados del estudio. F= femenino y M= masculino.

## P R O P U E S T A

### ESCALA DE PERSONALIDAD PARA SUJETOS CON ENOG

Por las características de la enfermedad es mejor contar con un instrumento corto y adecuado para evaluar la personalidad de los pacientes con ENOG, principalmente porque se cansan con facilidad y no cuentan con suficiente energía, además de que muchos reactivos no se aplican a ellos por ser personas con dietas y cuidados especiales. Por estas razones, se propone una escala derivada del MMPI-E, la cual podrá proporcionar un panorama general de la personalidad de este tipo de población que satisfaga las demandas de aplicación, extensión, calificación, confiabilidad y validez de todo instrumento psicométrico y que evalúe aquellos rasgos que realmente los caracterizan como son: depresión, manía, extroversión, contacto con la realidad, hipocondriasis y autocuidado. Conocer ésto permitirá mejorar su atención tanto por parte del personal de salud involucrado como por sus familias, mejorando su calidad de vida.

Para ello, se partió del análisis de reactivos, en donde una vez que se conoció cuales fueron los que tenían un valor significativo (57) igual o menor a 0.05, se realizó un análisis factorial con el objetivo de agruparlos considerando sus similitudes. De dicho análisis se obtuvieron seis factores cuya consistencia interna se analizó mediante el Alfa de Cronbach, presentándose una gran variabilidad e inconsistencia e incluso en algunos casos resultó ser negativa. Por lo tanto, los factores obtenidos no reflejaban la realidad ni estaban apegados a la teoría y también presentaban discrepancias a nivel conductual.

Por esto, se descartó esta forma de agrupación y se procedió a integrar los considerando sus similitudes teóricas y cualitativas. En este caso, se formaron 5 factores que mostraron según el Alfa de Cronbach una consistencia interna entre 0.78 y 0.89, lo que comprobó que esta nueva agrupación era más adecuada. Es importante mencionar que para estos cinco factores se consideraron los reactivos con un nivel de significancia hasta con una probabilidad de 0.10, añadiendo y quitando éstos para la mejor conformación de los mismos. La confiabilidad y validez de esta escala tendrá que ser comprobada en futuras investigaciones (ver tabla 7).

De esta forma, se conformó una escala con cinco subescalas que evalúan cinco áreas de la personalidad de los pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético (ENOG). Aquí es importante señalar que un total de 23 reactivos se repiten en más de una subescala debido a que comparten características, ocasionando que la suma de los reactivos por escala aumente a 93, de los cuales 36 son idénticos, quedando como siguen:

No.	SUBESCALA	TOTAL DE REACTIVOS	ALFA DE CRONBACH
1	Depresión-manía	16	0.8946
2	Extroversión	19	0.8136
3	Contacto con la realidad	16	0.8991
4	Hipocondriasis	10	0.8070
5	Autocuidado	12	0.7876

En la tabla 7 se presentan las escalas y los reactivos que las conforman, especificando la consistencia interna de cada una medida por medio del Alfa de Cronbach y en la tabla 8 se encuentra integrada la propuesta de la escala para evaluar la personalidad de las personas con ENOG, especificando la subescala a la que pertenecen.

FACTOR 1: DEPRESIÓN-MANÍA (16 reactivos, $\alpha = .8946$ )	
35	Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito
41	He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo
42	A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida)
67	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo
104	No parece importarme lo que pase
131	No me preocupa contraer enfermedades
138	La crítica o el regaño me hiere profundamente
159	No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes
182	Tengo miedo de perder el juicio
238	Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo

<b>FACTOR 1: DEPRESIÓN-MANÍA (16 reactivos, <math>\alpha = .8946</math>) (continuación)</b>	
240	Nunca me preocupo por mi aspecto
256	La única parte interesante del periódico es la página cómica
319	La mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás aunque no lo diga
324	Nunca he estado enamorado de alguien
340	Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente
505	He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora
<b>FACTOR 2. EXTROVERSIÓN (19 reactivos, <math>\alpha = .8136</math>)</b>	
133	Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común
135	Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría
138	La crítica o el regaño me hiere profundamente
141	Mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean
148	Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante
177	Mi madre fue una buena mujer
207	Me gustan distintas clases de juegos y diversiones
253	Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas
254	Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas los unos a los otros
277	A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro que he deseado que se salga con la suya
294	Nunca he tenido tropiezos con la ley
304	En la escuela me era difícil hablar frente a la clase
347	No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño
440	Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas
454	Podría ser feliz viviendo completamente solo en una cabaña en el bosque o en las montañas.
479	No me molesta el ser presentado a extraños
481	Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo
509	A veces me he es difícil defender mis derechos por ser muy reservado
521	No me sentiría desconcertado si tuviera que iniciar una discusión o dar una opinión acerca de algo que conozco bien ante un grupo de personas
<b>FACTOR 3. CONTACTO CON LA REALIDAD (16 reactivos, <math>\alpha = .8991</math>)</b>	
35	Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito
42	A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida)
48	Cuando estoy con gente me molesta el oír cosas muy extrañas
53	Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted
58	Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron
98	Creo en la segunda venida de Cristo
177	Mi madre fue una buena mujer
182	Tengo miedo de perder el juicio
189	Siento debilidad general la mayor parte del tiempo

<b>FACTOR 3. CONTACTO CON LA REALIDAD (16 reactivos, <math>\alpha = .8991</math>) (continuación)</b>	
213	Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las líneas de las aceras
249	Creo que existe el diablo y el infierno
256	La única parte interesante del periódico es la página cómica
297	Quisiera no ser perturbado por pensamiento sexuales
319	La mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás, aunque no lo diga
320	Muchos de mis sueños son acerca de asuntos sexuales
324	Nunca he estado enamorado de alguien
<b>FACTOR 4. HIPOCONDRIASIS (10 reactivos, <math>\alpha = .8070</math>)</b>	
51	Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos
55	Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho
63	No he tenido dificultad en comenzar o detener el acto de defecación
163	No me canso con facilidad
189	Siento debilidad general la mayor parte del tiempo
192	No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino
230	Raras veces noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces me siento corto de respiración
243	Sufro de pocos o ninguna clase de dolor
254	Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas los unos a los otros
330	Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos
<b>FACTOR 5. AUTOCUIDADO (12 reactivos, <math>\alpha = .7876</math>)</b>	
18	Muy raras veces sufro de estreñimiento
108	Parece que mi cabeza y mi nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo
133	Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común
135	Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría
141	Mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean
148	Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpen cuando estoy trabajando en algo importante
154	Nunca he tenido un ataque o convulsiones
193	No me dan ataques de alegría o asma
235	He sido bastante independiente y libre de la disciplina familiar
277	A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro que he deseado que se siga con la suya
294	Nunca he tenido tropiezos con la ley
347	No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño

TABLA 7. Subescalas que representan los factores de depresión/manía (1), extroversión (2), contacto con la realidad (3), hipochondriasis (4) y autocuidado (5) con sus respectivos valores derivados del análisis de la consistencia interna (Alfa de Cronbach =  $\alpha$ ) de la propuesta para evaluar la personalidad de los pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético. El número que se encuentra en la parte izquierda pertenece al reactivo original del MMPI-E.

ESCALA PARA EVALUAR LA PERSONALIDAD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DE ORIGEN GENÉTICO (ENOG)			
1	18	Muy raras veces sufro de estreñimiento	E
2	35	Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito	A y C
3	41	He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo	A
4	42	A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida)	A y C
5	48	Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas	C
6	51	Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos	D
7	53	Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted	C
8	55	Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho	D
9	58	Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron	C
10	63	No he tenido dificultad para comenzar o detener el acto de defecación	D
11	67	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo	A
12	98	Creo en la segunda venida de Cristo	C
13	104	No parece importarme lo que pasa	A
14	108	Parece que mi cabeza y mi nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo	E
15	131	No me preocupa contraer enfermedades	A
16	133	Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común	B y E
17	135	Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría	B y E
18	138	La crítica o el regaño me hiere profundamente	A y B
19	141	Mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean	B y E
20	148	Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante	B y E
21	154	Nunca he tenido un ataque o convulsiones	E
22	159	No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes	A
23	163	No me canso con facilidad	D
24	177	Mi madre fue una buena mujer	B y C
25	182	Tengo miedo de perder el juicio	A y C
26	189	Siento debilidad general la mayor parte del tiempo	C y D
27	192	No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino	D
28	193	No me dan ataques de alegría o asma	E
29	207	Me gustan distintas clases de juegos y diversiones	B
30	213	Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las líneas de las aceras	C

ESCALA PARA EVALUAR LA PERSONALIDAD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DE ORIGEN GENÉTICO (ENOG) (continuación)			
31	230	Raras veces noto los latidos de mi corazón y muy pocas veces me siento corto de respiración	D
32	235	He sido bastante independiente y libre de la disciplina familiar	E
33	238	Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo	A
34	240	Nunca me preocupo por mi aspecto	A
35	243	Sufro de pocos o ninguna clase de dolor	D
36	249	Creo que existe el diablo y el infierno	C
37	253	Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas	B
38	254	Me gusta estar en un grupo en el que se hagan bromas los unos a los otros	ByD
39	256	La única parte interesante del periódico es la página cómica	AyC
40	277	A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro que he deseado que se salga con la suya	ByE
41	294	Nunca he tenido tropiezos con la ley	ByE
42	297	Quisiera no ser perturbado por pensamiento sexuales	C
43	304	En la escuela me era difícil hablar frente a la clase	B
44	319	A la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás aunque no lo diga	AyC
45	320	Muchos de mis sueños son acerca de asuntos sexuales	C
46	324	Nunca he estado enamorado de alguien	AyC
47	330	Nunca he estado paralizado o tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos	D
48	340	Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente	A
49	347	No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño	ByE
50	440	Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas	B
51	454	Podría ser feliz viviendo completamente solo en una cabaña en el bosque o en las montañas	B
52	479	No me molesta ser presentado a extraños	B
53	481	Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo	B
54	505	He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora	A
55	509	A veces me he es difícil defender mis derechos por ser muy reservado	B
56	521	No me sentiría desconcertado si tuviera que iniciar una discusión o dar una opinión acerca de algo que conozco bien ante un grupo de personas	B

**TABLA B.** Reactivos de la escala propuesta para la evaluación de la personalidad de los pacientes con alguna enfermedad neuromuscular de origen genético. La primera columna de izquierda a derecha corresponde al número progresivo de la escala, la segunda al número del reactivo del MMPI-E, la tercera al enunciado del reactivo y la última al factor al que pertenecen: A= depresión/manía, B = extroversión, C = contacto con la realidad, D = hipocondriasis y E = autocuidado.

## ALGUNAS CONSIDERACIONES

Como resultado de este estudio se pudo constatar que los pacientes con alguna enfermedad neuromuscular de origen genético (ENOG) fueron personas capaces de reconocer su propia problemática, admitir sus limitaciones, ser abiertos y libres en su autodescripción; empero, también presentaron un aumento en su tensión interna debido a que viven una situación difícil de manejar en donde la incertidumbre, la ansiedad y el miedo están cotidianamente presentes durante la evolución de la misma. Es importante señalar que pueden reconocer sus limitaciones, pero no pueden evitar sentirse impotentes ante el desarrollo del padecimiento.

De igual manera, mostraron un interés elevado por su salud, lo cual es de esperarse, ya que es de vital importancia mantenerse lo más sano posible dentro de las circunstancias que rodean al trastorno, es decir, deben de cuidarse demasiado porque un simple resfriado o cualquier infección por mínima que sea puede ocasionar que el deterioro físico se acelere y se acompañe de la muerte.

Conforme la enfermedad avanza la presencia de la incapacidad física, mental y/o deformidades es inevitable, probablemente por ello, la sensibilidad ante las molestias físicas se ve aumentada considerablemente, provocando que algunas veces se llegue a la exageración de la percepción de las mismas o se tenga la creencia de que la percepción de los demás referente a ellos es negativa o aversiva. Éstas conductas se ven incrementadas debido a que el curso de la enfermedad ocasiona una modificación en la percepción de los estímulos llegando a una sobreinterpretación de éstos, acompañado de niveles elevados de desconfianza y agresividad, los cuales son justificados por la preocupación excesiva de su problemática.

También se vuelven demandantes de atención y afecto, lo cual si no es atendido los hace irritables llegando al grado de tener conflictos con la gente que los rodea ocasionando su separación con el resto del mundo y fomentando su aislamiento físico y emocional. Por ello, sus

relaciones interpersonales se deterioran y la ruptura de los lazos afectivos se vuelve inminente y va acompañada de soledad, situaciones que incrementan sus estados de depresión y angustia, los cuales junto con la reducida tolerancia que viven, conduce a su vez a que se incremente su aislamiento.

De esta manera, la depresión y la soledad son las principales características de estos pacientes, ya que constantemente se enfrentan a situaciones de duelo que pueden ser de tipo físico, emocional y social, motivo por el cual es de vital importancia brindarles una atención profesional encaminada a su solución debido a que la depresión tiende a acelerar el curso de la enfermedad. Sin embargo, vivir en aislamiento fomenta que los propios pacientes busquen alternativas de afrontamiento que les ayudan a reducir los efectos devastadores del trastorno como la fantasía e imaginación, que utilizan como mecanismos de defensa.

Desafortunadamente, los familiares cercanos y principalmente los padres tienden a sobreproteger a los pacientes en respuesta al sentimiento de culpa que los envuelve por la carga genética del padecimiento. En nuestra sociedad este sentimiento es más marcado en la madre cuando ella es la portadora y el padre es sano, pues cuando el hombre es el portador siempre se manifestará el padecimiento y con ello la posibilidad de tener prole con alguna enfermedad de origen genético. Esta situación genera ganancias secundarias en los pacientes ocasionando conductas infantiles o que llamen la atención de los padres, las cuales frecuentemente están relacionadas con la exageración de algún síntoma de la enfermedad para la satisfacción de sus demandas mediante la manipulación.

De este modo, la dependencia, manipulación y conductas infantiles también son comunes en estos pacientes, debido a que viven un trastorno crónico incapacitante en donde éstos se hacen inminentes a partir del diagnóstico, pues tienen que realizarse una serie de cuidados supervisados por la familia y el personal médico para que no progrese rápidamente y puedan mantenerse con vida por un tiempo más largo, tales como asistir al médico con mucha frecuencia y como someterse a tratamientos rigurosos que implican ejercicios, medicamentos, dieta, estudios clínicos, etc.

A pesar de que estos pacientes consideraron que pertenecen al rol socialmente aprobado y establecido para su género, esto es, se perciben como hombres o mujeres, se presenta una

limitación para la realización de actividades propias de cada sexo, ya que se enfrentan a una incapacidad física y/o mental que no les permite desarrollarse plenamente en este aspecto. Es importante resaltar que esta limitante es solamente a nivel físico, ya que ellos sienten y piensan como las personas sin enfermedad, es decir, tienen las mismas inquietudes de un hombre o una mujer ante el sexo opuesto, sueñan con una pareja y pueden llegar a enamorarse. Sin embargo, las expectativas de cubrir un rol socialmente establecido provoca que los pacientes se frustren y se depriman al no conseguir el cumplimiento de sus deseos y anhelos que tienden a desaparecer conforme el tiempo pasa y con ellos el sentimiento de esperanza y lucha, cosa que repercute enormemente en su salud si no reciben la atención adecuada, enfocada principalmente a la aceptación de su enfermedad.

Por otra parte, el hecho de presentar una incapacidad física severa no es una limitante para tener la suficiente energía para fijarse metas, ambicionar algo y alcanzarlo, sobre todo cuando se relaciona con la salud de los pacientes. Sin embargo, la planeación del futuro se ve modificada al igual que la vida social conforme avanza la enfermedad, lo cual se ve reflejado en una actitud introvertida, apática e insegura que los vuelve vulnerables al rechazo y crítica de los demás.

En resumen, éstos hallazgos mostraron que el perfil de personalidad de los pacientes con ENOG corresponde a personas con sentimientos de soledad y depresivos, extremadamente sensibles, aislados, con problemas de relaciones interpersonales, dificultad de ser aceptados por grupo al que pertenecen, preocupación por aspectos sexuales, apatía y tendencia a preocuparse demasiado.

Por lo anterior, los síntomas físicos y psicológicos que presentan estos pacientes conducen a que tengan que contar con una atención profesional multidisciplinaria encaminada al mejoramiento de su calidad de vida y la de sus familias, haciendo hincapié en las áreas emocional y social en donde se debe de fomentar la creación de nuevas herramientas de afrontamiento ante los trastornos emocionales que se generan durante el curso de la enfermedad, principalmente la depresión, ya que si no se proporciona el tratamiento adecuado puede ocasionar que abandonen el tratamiento o contribuya a acelerar la afección con consecuencias fatales, la muerte.

## ALCANCES Y LIMITACIONES

En este apartado se exponen los alcances y limitaciones que se presentaron durante el desarrollo de este trabajo.

### **ALCANCES.**

La presente investigación aporta valiosa información que puede ser de gran utilidad para el personal de salud que está en contacto con los pacientes que padecen alguna enfermedad neuromuscular de origen genético (ENOG) en relación a los aspectos de personalidad y emocionales.

Por un lado, se identificó que existen diferencias en el perfil de personalidad de este tipo de pacientes y que éste varía según el tipo de padecimiento y el sexo de los sujetos. Esto conduce a señalar la necesidad de implementar estudios en los cuales se considere el área psicológica de los pacientes en relación a cada tipo de enfermedad que presentan de forma individual.

Una contribución del estudio fue conocer su perfil de personalidad, el cual ha sido poco estudiado en nuestro país. Igualmente, se conoció la forma de respuesta de los reactivos del MMPI-E por parte de los sujetos con ENOG, a partir del cual se elaboró la propuesta de una escala que evalúe específicamente su personalidad.

Dado que se encontró poca literatura sobre investigaciones en México acerca de la personalidad de éste tipo de pacientes, la información aportada en el presente estudio debe de considerarse como parte de lo que el personal de salud debe de conocer para mejorar su participación en la atención médica y psicológica con el fin de beneficiar su calidad de vida y la de sus familias.

Por ello, la labor de los psicólogos debe de apoyar a la parte médica y paramédica en la valoración de los cambios que se producen en las área psicológica, específicamente la personalidad de éste tipo de personas sin dejar de lado las características físicas de la enfermedad, las cuales se encuentran estrechamente relacionadas a los cambios psicológicos de los pacientes que las padecen.

En relación a los indicadores en específico se obtuvo que la depresión, fantasía, introversión, extremada sensibilidad y enorme preocupación por la salud son características predominantes en los pacientes con ENOG, las cuales se incrementan más en los hombres que en las mujeres.

Respecto al MMPI-E se comprobó que es un instrumento adecuado para evaluar la personalidad de los sujetos con ENOG, sin embargo, es muy extenso para este tipo de población por las características propias del padecimiento.

Se presenta la propuesta de una escala que mida los principales rasgos de personalidad de los pacientes con ENOG de una manera fácil, rápida y eficaz.

Por último, se observó que los rangos establecidos para clasificar e interpretar las diferentes puntuaciones de cada una de las escalas del MMPI-E deben ser analizados, ya que en este estudio la población sana rebasó las medias establecidas por Núñez en 1996.

#### **LIMITACIONES.**

Durante el desarrollo de la investigación se presentaron una serie de limitantes relacionadas principalmente a los aspectos metodológicos tales como el instrumento utilizado, la muestra y las variables de estudio.

En un inicio se tenía contemplado la recolección de una muestra representativa de casos, sin embargo, por cuestiones de tiempo la investigación únicamente consideró a aquellos pacientes que asistieron a consulta médica en el Instituto Nacional de Ortopedia en el periodo comprendido de enero a agosto del 2001. Éste instituto fue elegido por la concentración de

pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético que acuden a consulta, además de que no existía ningún antecedente sobre el estudio de la personalidad en esta población y se tenía el interés de efectuarlo.

A pesar de haberse realizado el estudio en una institución en donde la población con enfermedades neuromusculares de origen genético es relativamente alta, no todos pudieron participar en el estudio debido a que no contaban con la edad o capacidad para responder el instrumento de investigación. Por ello, debió de haberse contemplado la aplicación de otro instrumento para medir la personalidad de la población excluida. Además de que el instrumento aplicado constituyó una restricción importante por su extensión (566 reactivos) y el tamaño y características de la muestra, ya que algunos pacientes no lo concluyeron por cansancio o fatiga física e intelectual. Esto conduce a la necesidad de retomar la continuación de este trabajo, en donde se empleen paralelamente otros instrumentos que evalúen la personalidad sin importar la edad y características de los sujetos.

Otra de las limitantes de este trabajo fue el no haber empleado la entrevista clínica con la finalidad de descartar cualquier tipo de patología psicológica o psiquiátrica principalmente en el grupo control, ya que a pesar de haberlo conformado sujetos aparentemente sanos obtuvieron puntuaciones elevadas en algunas escalas del MMPI-E, por ejemplo en depresión. Por otra parte, no se recabó información referente al tiempo de evolución de las enfermedades y a los datos sociodemográficos de los sujetos control.

En relación a los sujetos, no se realizó la igualación de los grupos considerando los diferentes tipos de ENOG debido a que la muestra fue muy pequeña.

Finalmente, las opiniones y descripción del padecimiento por parte de los familiares son una fuente importante de información para el conocimiento de lo que esta pasando con los pacientes y con ellos mismos en relación a las áreas personalidad y psicológica por lo que se debió entrevistarse por lo menos a los padres o familiares cercanos.

Además, se dificultó encontrar literatura relacionada al estudio de la personalidad de los pacientes con ENOG en México, razón por la que se vió limitada la comparación con otros grupos de estudio en nuestro país.

## SUGERENCIAS

Evaluar el área psicológica de los pacientes que presentan una incapacidad física como es el caso de las enfermedades neuromusculares de origen genético (ENOG) es de suma importancia para su tratamiento, ya que permite abordar de una manera integral el padecimiento beneficiando su calidad de vida y la de sus familias.

Se recomienda incrementar las investigaciones sobre las variables que fortalezcan la calidad y eficacia de los tratamientos de estos pacientes, favoreciendo los conocimientos, actitudes y modo de intervención del personal de salud involucrado y teniendo un mayor control de la metodología.

En relación a la muestra se sugiere que sea incrementada tomando un mayor número de pacientes para tener grupos del mismo tamaño con iguales características pareados por edad, sexo, tipo de enfermedad y nivel de evolución de la incapacidad con la finalidad de ampliar y poder generalizar los datos obtenidos.

Es de gran importancia que los psicólogos se preocupen más por este tipo de población y expandan su campo de trabajo al hacer investigación y crear alternativas de tratamiento, dado que en nuestro país esto es muy limitado.

Se recomienda la utilización de un instrumento menos extenso, ya que este tipo de población no cuenta con la energía necesaria para realizarlo en su totalidad. Igualmente, se sugiere la aplicación de otras pruebas psicométricas similares de personalidad que apoyen la fortaleza de los resultados obtenidos.

Se sugiere realizar una investigación que tenga por objetivo obtener la validez y confiabilidad de la escala que se propone en este trabajo para la valoración de la personalidad de los pacientes con ENOG, así como modificarla o realizar nuevas propuestas de escalas que sean sencillas, eficaces y adecuadas a sus características.

Una de las razones por las cuales se debe de evaluar la personalidad o el área psicológica de estos pacientes o cualquier otra incapacidad física, es porque se ve modificada y necesita atención, primordialmente porque participa facilitando y obstaculizando la recuperación de su salud y la de sus familias. Debe de ser atendida por especialistas (psicólogos) y encaminada a una recuperación psíquica total que les permita a ambos afrontar el trastorno.

Para ello, se recomienda incrementar las investigaciones enfocadas a los diferentes aspectos del área psicológica con la finalidad de poder implementar programas de intervención adecuados y eficaces dirigidos a los pacientes, ya que en la actualidad se ha trabajado solamente con los familiares y los trabajos en este rubro son escasos en nuestro país.

Dichos programas deberán de considerar la evolución natural de la enfermedad, la cual es un factor determinante para el estado psicológico de los pacientes, porque no es lo mismo atenderla en una etapa temprana, intermedia o final. En este trabajo el perfil de personalidad puede dar la pauta para el desarrollo de la atención psicológica, en donde el manejo de la autoestima, depresión, información del padecimiento, sobreprotección y sentimiento de culpa por parte de los padres, fortalecería la adherencia al tratamiento beneficiando no sólo su salud física y mental, sino también la de sus familias.

Es importante señalar que existen técnicas psicológicas que benefician la rehabilitación de éstos pacientes como son la de relajación con imaginación, la retroalimentación biológica, la terapia racional emotiva y la psicoterapia de juego, entre otras, las cuales ayudarán a fortalecer su salud mental que en este caso se ve modificada por la presencia de la enfermedad física (Laukkanen, 2001; Chojnacka, 1978).

Finalmente, cabe mencionar que la atención psicológica a este tipo de población puede darse desde el inicio de la enfermedad e incluso prevenir la aparición de los problemas psicológicos asociados a la misma, por lo que se requiere la implementación de programas de evaluación e intervención para los diferentes aspectos que pueden verse afectadas por su presencia y evolución. Dichos programas pueden ir desde dar información y sensibilización de la enfermedad hasta psicoterapias específicas de afrontamiento, duelo, autoestima, autoconcepto, etc., los cuales deben de enfocarse tanto a los pacientes como a sus familiares (Geist, 1979).

En México, estas técnicas y programas se emplean de manera favorable en la atención de diferentes padecimientos crónicos como el cáncer, en donde la calidad de vida de los pacientes se ve beneficiada. Sin embargo, en el caso de las enfermedades neuromusculares se presenta una desventaja, ya que la atención psicológica no es considerada primordial para la rehabilitación de este tipo de pacientes, enfocándose el tratamiento principalmente a la parte médica y solamente cuando se da el diagnóstico a los padres o los pacientes se encuentran en una fase terminal se les da el apoyo psicológico pertinente.

Aun cuando el sistema de salud propone la atención interdisciplinaria para el beneficio de los pacientes con cualquier enfermedad, desafortunadamente en la práctica no se aplica a todos, como es el caso de la participación del psicólogo con los pacientes con ENOG, atención que sólo se enfoca a la evaluación y algunas veces a brindar un apoyo terapéutico a los familiares, así como a los que se encuentran en fase terminal. Su campo de acción muchas veces se ve limitado por el personal médico y la falta de recursos en las instituciones del sector salud.

Es de suma importancia que los psicólogos que se dediquen a trabajar con estos pacientes se enfoquen a la elaboración de programas de intervención y prevención utilizando las diferentes técnicas psicológicas encaminadas a informar, sensibilizar y rehabilitar a los pacientes y sus familiares, las cuales han dado buenos resultados en otros países y también en el nuestro, mejorando su calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acevedo, C. M. (1990). Evaluación e interpretación automatizada del MMP1. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: Facultad de Psicología, U.N.A.M.
2. Adler, S. N. (1972). The stigma of handicap and its unlearning: A social perspective on children with muscle disease and their families. *Psychol. Rep.* 52: 165-166.
3. Ahlström, G. & Sjöden, P. L. (1996). Coping with illness-related problems and quality of life in adult individuals with muscular dystrophy. *J. Psychosom. Res.* 41(4): 365-376.
4. Allan, W. (1939). Relation of hereditary pattern to clinical severity as illustrated by peroneal atrophy. *Arch. Intern. Med.* 63: 1123-1131.
5. Arahata, K. & Engel, A. G. (1984). Monoclonal antibody analysis of mononuclear cells in miopathies. I. Quantitation of subsets according to diagnosis and sites of accumulation and demonstration and counts of muscle fibers invaded by T cells. *Ann. Neurol.* 16: 193.
6. Bach, J. R. (1992). Ventilator use by Muscular Dystrophy Association patients: an update. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 73: 179-183.
7. Bach, J. R., Campagnolo, D. I. & Hoeman, S. (1991). Life satisfaction of individuals with Duchenne muscular dystrophy using long-term mechanical ventilatory support. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 70: 129-135.
8. Bach, J. R. & Tilton, M. (1994). Life satisfaction and well-being measures in ventilator assisted individuals with traumatic tetraplegia. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 75: 626-632.
9. Bardach, J. L. (1995). Psychosocial consideration in the sexual rehabilitation of individuals with neuromuscular disease. *Sem. Neurol.* 15(1): 65-71.
10. Barnett, V. A. & Bach, J. R. (1995). Psychologic considerations in the treatment of individuals with generalized neuromuscular disorders. *Sem. Neurol.* 15(1): 58-64.

11. Bashir, R., Strachan, T., Keers, S., Stephenson, A., Mahnen, I., Marconi, G., Nashef, L. & Bushby, K. M. D. (1994). A gene for autosomal recessive limb-girdle muscular dystrophy maps to chromosome 2p. *Hum. Mol. Genet.* 3: 455-457.
12. Becker, P. E. (1962). Two new families of benign sex linked recessive muscular dystrophy. *Rev. Can. Biol.* 21: 551-566.
13. Beckmann, J. S., Richard, I., Hillaire, D., Broux, O., Antignac, C., Bois, E., Cann, H., Cottingham, J. R., Feingold, J., Kalil, J., Lathrop, G. M., Marcadet, A., Masset, M., Mignard, C., Passos-Bueno, M. R., Pellerain, N., Zatz, M., Daussej Fardeau, M. & Cohen, D. (1991). A gene for limb-girdle muscular dystrophy maps to chromosome 15 by linkage. *C. R. Acad. Sci. (III)* 312: 141-148.
14. Ben, O. K., Middleton, L. T. & Loprest, L. J. (1993). Localization of a gene (CMT2A) for autosomal dominant Charcot-Maried-Tooth type 2 to chromosome 1p and evidence for genetic heterogeneity. *Genomics* 17: 370-375.
15. Ben-Othmane, K., Hentati, F. & Lenon, F. (1993). Linkage of a locus (CMT4A) for autosomal recessive Charcot-Maried-Tooth disease to chromosome 8q. *Hum. Mol. Genet.* 10: 1625-1628.
16. Bergoffen, J., Trofatter, J. & Pericak-Vance, M. (1993). Linkage localization of X-linked Charcot-Maried-Tooth disease. *Am. J. Hum. Genet.* 52: 312-318.
17. Bird, T. D., Olt, J. & Giblett, E. R. (1982). Linkage of Charcot-Maried-Tooth neuropathy to the Duffy locus on chromosome 1. *Am. J. Hum. Genet.* 34: 388-394.
18. Blyth, H. & Pugh, R. J. (1959). Muscular dystrophy en childhood. The genetic aspects. A field study in the Leeds region of clinical types and their inheritance. *Ann. Hum. Genet.* 23: 127.
19. Bonneman, C. G., Modi, R., Nogushi, S., Mizuno, Y., Yoshida, M., Gussoni, E., McNally, E. M., Duggan, D. J., Angelini, C., Hoffman, E. P., Ozawa, E. & Kunkel, L. M. (1995). B-sarcoglican (A3b) mutations cause autosomal recessive muscular dystrophy with loss of the sarcoglican complex. *Nat. Genet.* 24: 111-117.
20. Botstein, D., Withe, R. L. & Skolnick M. (1980). Construction of genetic linkage map in man using restriction fragment length polymorphisms. *Am. J. Hum. Genet.* 32: 314.

21. Boyd, Y., Buckle, V. & Holt, S. (1986). Muscular dystrophy in girls with X: autosome traslocations. *J. Med. Genet.* 23: 484.
22. Bradley, W. G., Jones, M. Z. & Mussini, J. M. (1978). Becker-type muscular dystrophy. *Muscular Nerve* 1: 111.
23. Brooke, M. H., Fenichel, G. M., Griggs, R. C. (1983). Clinical investigation in Duchenne dystrophy. 2. Determination of the "power" of therapeutic trials based on the natural history. *Muscle Nerve* 6: 91.
24. Brooke, M. H., Fenichel, G. M., Griggs, R. C. (1987). Clinical investigation in Duchenne dystrophy: Interesting results in a trial of prednisone. *Arch. Neurol.* 44: 812.
25. Brooke, M. H., Griggs, R. C., Mendell, J. R. (1981). Clinical trial in Duchenne dystrophy: I. The design of the protocol. *Muscle Nerve* 4: 186.
26. Brooks, A. P. & Emergy, A. E. H. (1977). The incidence of Duchenne muscular dystrophy in the south-east of Scotland. *Clin. Genet.* 11: 290.
27. Brzustowicz, L. M. & Castill, L. H. (1990). Genetic homogeneity between acute (SMA I) and chronic (SMA II & III) forms of spinal muscular atrophy. *Nature* 345: 823-825.
28. Buchanan, D., LaBarbera, C. J., Roelofs, R. & Olson, W. (1979). Reactions of families to children with Duchenne muscular dystrophy. *General Hospital Psychiatry* 1: 262-269.
29. Buchthal, F. & Rosenfalch, P. (1963). Electrophysiologic aspects of mlopathy with particular reference to progressive muscular dystrophy. En G. H. Bourne & M. N. Golarz (eds.): *Muscular dystrophy in man and animals*. New York, EUA: Hafner.
30. Bulfield, G., Siller, W. G. & Wight, P. A. (1985). X-chromosome linked dystrophy (mdx) in the mouse. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 81: 1189.
31. Bushby, K. M. & Gardner-Medwin, D. (1993). The clinical, genetic and dystrophin characteristics of Becker muscular dystrophy: I. Natural history. *J. Neurol.* 240: 98.
32. Bushby, K. M., Gardner-Medwin, D., Nicholson, L. V., Jhonson, M. A., Haggerty, I. D., Cleghorn, N. J., Harris, J. B. & Bhattacharya, S. S. (1993). The clinical, genetic and dystrophin characteristics of Becker muscular dystrophy: II. Correlation of phenotype with genetic and protein abnormalities. *J. Neurol.* 240: 105.

33. Charcot, J. M. & Marie, P. (1886). Sur une forme particuliere d'atrophie musculaire progressive souvent familial debutant par les pieds et les jambes et atteignant plus tard les mains. *Rev. Med.* 6: 97-138.
34. Chojnacka, G. (1978). Need for psychotherapy in the correction of personality disorders in children with Duchenne's muscular dystrophy. *Psychiatr. Pol.* 12 (1): 65-70.
35. Craig, L., Hyser M. & Mendell, J. R. (1988). Recent advances in Duchenne and Becker muscular dystrophy. *Neurol. Clinics.* 6(3): 429-453.
36. Davies, K. E., Young, B. D. & Ellis, R. G. (1981). Cloning of a representative genomic library of the human X chromosome after sorting by flow cytometry. *Nature* 293: 374.
37. DeMartinville, B., Kunkel, L. M. & Bruns, G. (1985). Localization of DNA sequences in the region Xp21 of the human X chromosome: Search for molecular markers close to the Duchenne muscular dystrophy locus. *Am. J. Hum. Genet.* 37: 235.
38. DeVisser, M., DeVoogt, G. W. & La Riviere, G. V. (1992). The heart in Becker muscular dystrophy, facioscapulohumeral muscular dystrophy and Bethlem myopathy. *Muscle Nerve* 15: 591-596.
39. Dicaprio, N. S. (1989). Teorías de la personalidad. Segunda edición, México: McGraw Hill 282-317.
40. Douglas, A. B. & Nietzel, M. T. (1988). Introducción a la psicología clínica. México: McGraw-Hill 214-225.
41. Dubowitz, V. (1992). Enfermedades musculares en la infancia. Gran Bretaña: Mosby-Year Book Wolfe Publishing 1-226.
42. Dubowitz, V. (1995). Chaos in the classification of SMA: a possible resolution. *Neuromusc. Disord.* 5: 3-5.
43. Duchenne de Boulogne, G. B. A. (1868). De l'électrisation localisée et de son application a la pathologie et a la therapeutique. Edition 2, Paris, Francia: Baillier and Fils.
44. Dupré, N., Bouchard, J. P., Cossette, L., Brunet, D., Vanasse, M., Lemieux, B., Mathon, G. & Puymirail, J. (1999). Clinical and electrophysiological study in french-canadian population with Charcot-Maried-Tooth disease type 1A associated with 17p11.2 duplication. *Can. J. Neurol. Sci.* 26: 196-200.

45. Dyck, P. J., Litchy, W. J. & Minnerath, S. (1994). Hereditary motor and sensory neuropathy with diaphragm and vocal cord paresis. *Ann. Neurol.* 35: 608-615.
46. Eggers, S. & Zatz, M. (1998). Social Adjustment in adult males affected with progressive muscular dystrophy. *Am. J. Med. Genet.* 81: 4-12.
47. Emery, A. E. & Skinner, R. (1976). Clinical studies in benign (Becker-type) X-linked muscular dystrophy. *Clin. Genet.* 10: 189.
48. Erb, W. H. (1891). *Dystrophia muscularis progressiva: Klinische und pathologisch-anatomische studien.* Dtsch. Z. Nervenheilk. 1: 13, 173.
49. Farah, M. G., Evans, E. B. & Vignos, P. J. (1980). Echocardiographic evaluation of left ventricular function in Duchenne's muscular dystrophy. *Am. J. Med.* 69: 248.
50. Fitzpatrick, C., Barry, C. & Garvey, C. (1986). Psychiatric disorder among boys with Duchenne muscular dystrophy. *Dev. Med. Child. Neurol.* 28: 589-595.
51. Fitzsimons, R. B., Gurwin, E. B. & Bird, A. C. (1987). Retinal vascular abnormalities in facioscapulohumeral muscular dystrophy. *Brain* 110: 631-684.
52. Frankel, K. A. & Rosser, R. J. (1976). The pathology of the heart in progressive muscular dystrophy: Epidemycardial fibrosis. *Hum. Pathol.* 7: 375.
53. Fried, K., & Emery, A. E. H. (1971). Spinal muscular atrophy type II. A separate genetic and clinical entity from type I (Werdnig-Hoffmann disease) and type III (Kugelberg-Welander disease). *Clin. Genet.* 2: 203-209.
54. Gande, M., Villagómez, M. y Hernández, R. (1989). Estudio comparativo de la relación de pareja y actitud hacia la condición incapacitante de los hijos de padres (padre-madre) de niños física y mentalmente incapacitados y padres (padre-madre) de niños no incapacitados. Tesis de Licenciatura de médico cirujano, México: Facultad de Medicina, U.N.A.M.
55. Gardner-Medwin, D. (1980). Clinical features and classification of muscular dystrophies. *British Medical Bulletin* 36: 109-115.
56. Garfield, S. L. (1974). *Psicología Clínica.* México: Manual Moderno, 185-187.

57. Geist, R. A. (1979). Onset of chronic illness in children and adolescents: psychotherapeutic and consultative intervention. *Am. J. Orthopsychiatry* 49(1): 4-23.
58. Gilliam, T. C. (1995). Is the spinal muscular atrophy gene found? *Nature, Med.* 1: 124-127.
59. Gowers, W. R. (1886). A manual of diseases of the nervous system. Inglaterra: Churchill 1: 386. En L. Craig, Hyser M., y J. R. Mendell, (1988). Recent advances in Duchenne and Becker muscular dystrophy. *Neurol. Clinics.* 6(3): 429-453.
60. Griggs, R. C., Reeves, W. & Moxley, R. T. III. (1977). The heart in Duchenne dystrophy. En L. P. Rowland (eds.). *Pathogenesis of Human Muscular Dystrophies*, Holanda: Excerpta Médica 60.
61. Guiloff, R. J., Thomas, P. K. & Contreras, M. (1982). Evidence for linkage of type I hereditary motor and sensory neuropathy to the Duffy locus on chromosome 1. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 45: 669-674.
62. Guzetta, F., Ferriere, G. & Lyon, G. (1982). Congenital hypomielination neuropathy: Pathological findings compared with polyneuropathies starting later in life. *Brain* 105: 395-416.
63. Hahn, A. F., Brow, W. F., Koopman, W. J. & Feasby, T. E. (1990). X-linked dominant hereditary motor and sensory neuropathy. *Brain* 113: 1511-1525.
64. Harding, A. E. & Thomas, P. K. (1980). The clinical features of hereditary motor and sensory neuropathy types I and II. *Brain* 103: 259-280.
65. Harper, D. C., (1978). Personality characteristics of physically impaired adolescents. *Journal of Clinical Psychology* 34: 636-642.
66. Harper, D. C., (1983). Personality correlates and degree of impairment in male adolescents with progressive and nonprogressive physical disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 39(6): 859-867.
67. Hathaway, S. R., Forreword, W. G., Dahlstrom, G. S. Welsh (1960). *An MMPI Hand-Book*. Minneapolis, EUA: University of Minnesota.
68. Hausmanowa-Petrusewicz, I., Zaremba, J. & Borkowska, J. (1984). Chronic proximal spinal muscular atrophy of childhood and adolescence: sex influence. *J. Med. Genet.* 21: 447-450.

69. Hayasaka, K., Himoro, M. & Sawaishi, Y. (1993). De novo mutation of the myelin P0 gene in Déjerine-Sottas disease (hereditary motor and sensory neuropathy type III). *Nature Genet.* 5: 266-268.
70. Hoffman, E. P., Brown, R. H. & Kunkel, L. M. (1987). Dystrophin: The protein product of the Duchenne muscular dystrophy locus. *Cell* 51: 919.
71. Hoffman, J. (1892). Ueber familiäre progressive spinale muskeltrophie. *Arch. Psychiatr. (Berlin)* 24: 644-646.
72. Hoffman, J. (1892). Ueber chronische spinale muskeltrophie im kindesalter, auf familiärer. *Basis Dtsch. Z. Nervenheilkd* 3: 427-470.
73. Hoffman, J. (1896). Weiterer beitrage zur lehre von der hereditären progressiven spinalen muskeltrophie im kindesalter nebst bemerkungen über den fortschreitenden muskelschwund im Allgemeinen. *Dtsch. Z. Nervenheilkd* 10: 2929.
74. Iannaccone, S. T. (1998). Spinal muscular atrophy. *Semin. Neurol.* 18(1): 19-26.
75. Iannaccone, S. T., Caneris, O. & Hoffman, J. (1990). The founders of child neurology. En S. Ashwal (ed.) *San Francisco, EUA: Norman Publishing, 278-284.*
76. Jacobs, P. A., Hunt, P. A. & Mayer, M. (1981). Duchenne muscular dystrophy (DMD) in a female with an X/autosome translocation: further evidence that the DMD locus is at Xp21. *Am. J. Hum. Genet.* 33: 513.
77. Jansen, P. H. P., Joosten, E. M. G. & Jaspar, H. H. J. (1986). A rapidly progressive autosomal dominant escapulohumeral form of spinal muscular atrophy. *Ann. Neurol.* 20: 538-540.
78. Jellet, L. B., Kennedy, M. C. & Goldblatt, E. (1974). Duchenne pseudohypertrophic muscular dystrophy: A clinical and electrocardiographic study of patients and female carriers. *Aust. NZ. J. Med.* 4: 41.
79. Kaplan, A. G. (1991). The self-in-relation: implications for depression in women. En Jordan J. V., Kaplan A. G., Miller J. B., Stiver I. P. & Surrey J. L. (eds.) *Women's growth in connection. New York: Guilford Press, 206-222.*
80. Kenneth, M. C. & Roger, A. B. (1983). Psychological processes associated with premature death in Duchenne muscular dystrophy. *Psychological Reports* 52: 165-166.

81. Killian, J. M., Taiwari, P. S. & Jacobson S. (1996). Longitudinal studies of the duplication form of Charcot-Marie-Tooth polynuropathy. *Muscle Nerve* 19: 74-78.
82. Kingston, H. M., Sarfarazi, M. & Thomas, N. S. (1984). Localization of the Becker muscular dystrophy gene on the short arm of the X chromosome by linkage to cloned DNA sequences. *Hum. Genet.* 67: 6.
83. Koenig, M., Hoffman, E. P. & Bertelson, C. H. (1987). Complete cloning of the Duchenne muscular dystrophy (DMD) cDNA and Preliminary genomic organization of the DMD gene in normal and affected individuals. *Cell* 50: 509
84. Kornfeld, M. S. & Siegel, I. M. (1979). Parental group therapy in the management of a fatal childhood disease. *Health and Social Work* 4: 99-118.
85. Kornfeld, M. S. & Siegel, I. M. (1980). Parental group therapy in the management of two fatal childhood disease: A comparison. *Health and Social Work* 5: 28-34.
86. Kubler-Rosse, E. (1969). *On death and dying*. New York, EUA: Macmillan 50-81.
87. Kugelberg, E. & Welander, L. (1956). Heredofamilial juvenile muscular atrophy simulating muscular dystrophy. *Arch. Neurol. Psychiat.* 75: 500-509.
88. Kuhn, E., Fiehn, W. & Schroder, J. M. (1979). Early myocardial disease and cramping myalgia in Becker type muscular dystrophy: A kindred. *Neurology* 29: 1144.
89. Kunkel, L. M., Monaco, A. P. & Middlesworth, W. (1985). Specific cloning of DNA fragments absent from the DNA of a male patients with an X chromosome deletion. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 82: 4778.
90. Kwon, J. M., Elliot, J. L. & Yee, W. (1995). Assignment of a second Charcot-Marie-Tooth type II locus to chromosome 3q. *Am. J. Hum. Genet.* 57: 853-858.
91. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Pshychosom. Med.* 55: 234-247.
92. Laukkanen, E., Lehtonen, J., Amnell, G., Kiviranta, T. & Bargum, C. (2001). The effect of congenital handicap on personality development in adolescence. *Int. J. Rehabil. Res.* 24(2): 149-151.

93. Lebo, R. V., Chance, P. F. & Dyck, P. J. (1992). Chromosome 1 Charcot-Marie-Tooth syndrome (CMT1B) locus in So gamms receptor region. *Hum. Genet.* 88: 1-12.
94. Leibowitz, D. & Dubowitz, V. (1981). Intellect and behaviour in Duchenne muscular dystrophy. *Dev. Med. Child. Neurol.* 23: 577.
95. Lim, L. E., Duclos, F., Broux, O., Bourg, N., Sunada, Y., Allamand, V., Meyer, J., Richard, I., Moomaw, C., Staughtler, C., Tome, F. M. S., Fardeau, M., Jackson, C. E., Beckmann, J. S. & Campell, K. P. (1995). B-sarcoglycan: Characterization and role in limb-girdle muscular dystrophy linked to 4q12. *Nat. Genet.* 11: 257-264.
96. Lindzey, G. (1992). *Teorías de la personalidad. Segunda reimpresión México: Limusa 471.*
97. Madorsky, J. G. B., Radford L. M. & Neumann E. M. (1984). Psychosocial aspects of death and dying in Duchenne muscular dystrophy. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 65: 79-82.
98. Marks, P. A., Seeman, W., & Haller, D. L. (1974). *The actuarial use of MMPI whit adolescents and adults. Baltimore, EUA: William & Wilkins.*
99. McAlpine, P. J., Feasby, T. E., Hahn, A. F., Komarnick, L., James, S., Guy, C., Dixon, M., Qayyum, S., Wright, J., Coopland, G., Lewis, M., Kaita, H., Philipps, S., Wong, P., Koopman, W., Cox, D. W. & Yee, W. C. (1990). Localization of a locus for Charcot-Marie-Tooth neuropathy type Ia (CMT1A) to chromosome 17. *Genomics* 7: 408-415.
100. Melki, J., Lefebvre, S. & Burglen, L. (1994). De novo and inherited deletions of the 5q13 region in spinal muscular atrophies. *Science* 264: 1474-1477.
101. Mendell, J. R. (1998). Charcot-Marie-Tooth Neuropathies and related disorders. *Sem. Neurol.* 18(1): 41-47.
102. Meryon, E. (1852). On granular and fatty degeneration of the voluntary muscle. *Med. Chir. Trans.* 35: 73-84.
103. Miller, J. R., Colbert, A. P. & Scock, N. C. (1988) Ventilator use in progressive neuromuscular disease: impact on patients and their families. *Dev. Med. Child. Neurol.* 30: 200-7.
104. Mokri, B. & Engel, A. G. (1975). Duchenne dystrophy: Electron microscopic findings pointing to a basic or early abnormality in the plasma membrane of the muscle fiber. *Neurology* 25: 1111.

105. Monaco, A. P., Neve, R. L. & Colletti-Feener, C. (1986). Isolation of candidate cDNAs for portions of the Duchenne muscular dystrophy gene. *Nature* 323: 646.
106. Monekton, G., Haskin, V. & Warren, S. (1982). Prevalence and incidence of muscular dystrophy in Alberta, Canada. *Clin. Genet.* 21: 19.
107. Munsat, T. L., Baloh, R. & Pearson, C. M. (1973). Serum enzyme alterations in neuromuscular disorders. *JAMA* 226: 1536.
108. Murray, J. M., Davies, K. E. & Harper, P. S. (1982). Linkage relationship of a cloned DNA sequence on the short arm of the X chromosome to Duchenne muscular dystrophy. *Nature* 300: 69.
109. Naugle, R.I. (1988). Denial in rehabilitation: its genesis, consequences and clinical management. *Counseling. Bull.* 31: 218-231.
110. Nuñez, R. (1996). Aplicación del inventario multifásico de personalidad (MMPI) a la psicopatología. Tercera edición, México: El Manual Moderno.
111. Othmanne, B., Hamida, B. M., Paricak-Vance, M., Hamida, B. C., Blel, S., Carter, S., Bowcock, A., Petrukhin, K., Gilliam, T., Roses, A., Hentati, F. & Vance, J. (1992). Linkage of Tunisian autosomal recessive Duchenne-like muscular dystrophy to the pericentromeric region of chromosome 13q. *Nat. Genet.* 2: 315-317.
112. Padberg, G., Brouwer, O. F. & DeKeizer, R. J. (1995). On the significance of retinal vascular disease and hearing loss in fascioescaapulohumeral muscular dystrophy. *Muscle. Nerve. Suppl.* 2: s73-s80.
113. Passos-Bueno, M. R., Moreira, E. S., Vainzol, M. & Zatz, M. (1996). Linkage analysis in autosomal recessive limb-girdle muscular dystrophy (AR LGMD) maps a sixth form to 5q33.34(LGMD2P) and indicates that there is at least one more subtype of AR LGMD. *Hum. Mol. Genet.* 5: 815-820.
114. Pendleton, M. G. (1985). Psychosocial interventions in the rehabilitation of children with neuromuscular disorders. En Maloney F. P., Burks J. S. & Ringel S. P. (eds.). *Interdisciplinary rehabilitation of multiple sclerosis and neuromuscular disorders*. Philadelphia, EUA: J.B. Lippincott 322-40.
115. Pennington, R. J. T. (1977). Serum enzymes. En L. P. Rowland (ed): *Pathogenesis of Human Muscular Dystrophies*. Amsterdam, Holanda, segunda edición.

116. Perloff, J. K. (1984). Cardiac rhythm and conduction in Duchenne's muscular dystrophy: A prospective study of 20 patients. *J. Am. Coll. Cardiol.* 3: 1263.
117. Polakoff, R. J. (1998). The psychosocial and cognitive impact of Duchenne's muscular dystrophy. *Semin. Pediatr. Neurol. Jun*; 5(2): 116-23.
118. Rivera, J. O. (1991). Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa. México: El Manual Moderno.
119. Roa, B. B., Dyck, P. J., Marks, H. G., Chance, P. F. & Lupski, J. R. (1993). Déjerine-Sottas syndrome associated with point mutation in the PMP22 gene. *Nature Genet.* 5: 269-273.
120. Roberds, S. T., Leurdq, F., Allamand, V., Piccolo, F., Jeanpierre, M., Anderson, R. D., Lim, L. E., Lee, J. C., Tome, F. M. S., Romero, N. B., Fardeau, M., Beckmann, J. S., Kaplan, J. C. & Campell, K. P. (1994). Missense mutations in the adhalin gene linked to autosomal recessive muscular dystrophy. *Cell* 78: 625-633.
121. Roses, A. D., Roses, M. J. & Miller, S. E. (1976). Carrier detection in Duchenne muscular dystrophy. *N. Engl. J. Med.* 294: 193.
122. Roy, N., Mahadevan, M. S. & McLean, M. (1995). The gene for neuronal apoptosis inhibitory protein is partially deleted in individuals with spinal muscular atrophy. *Cell* 80: 167-178.
123. Russman, B. S., Bucher, C. R. & White, M. (1996). Function changes in spinal muscular atrophy II and III. *Neurology* 47: 973-976.
124. Sanyal, S. K. & Johnson, W. W. (1982). Cardiac conduction abnormalities in children with Duchenne's progressive muscular dystrophy: Electrocardiographic features and morphologic correlates. *Circulation* 66: 853.
125. Siegal, I. M., Davidson, H., Kornfeld, M. & McCready, W. C. (1993). Coping with muscular dystrophy: psychological correlates of adaptation. *Muscle Nerve* 10: 607-609.
126. Skre, H. (1974). Genetic a clinical aspects of Charcot-Maried-Tooth disease. *Clin. Genet.* 6: 98-118.
127. Stevenson, W. G., Perloff J. K., Weiss J. N. & Anderson T. L. (1990). Fascioscapulohumeral muscular dystrophy: evidence for selective genetic electrophysiologic cardiac involvement. *J. Am. Coll. Cardiol.* 15: 292-299.

128. Suárez, G. V. (1988). Validación de la escala de automedición de la depresión en adolescentes estudiantes de secundaria mexicanos. Tesis de Licenciatura en Psicología, México: Facultad de Psicología, U.N.A.M.
129. Tawil, R. & Griggs, R. C. (1997). Facioscapulohumeral muscular dystrophy. En Rosenberg, R. N., Prusiner, S. B., DiMauro, S. & Barchi, R. L. (eds.). *The Molecular and genetic basis of neurological disease*. Boston, EUA: Butterworth-Heinemann, 931-938.
130. Tawil, R., Figuelewicz, D. A., Griggs, R. C., Weiffenbach, B. & The FSH Consortium (1998). Facioscapulohumeral dystrophy: a distinct regional myopathy with a novel molecular pathogenesis. *Ann. Neurol.* 43: 279-282.
131. Tawil, R. Myers, G. J., Weiffenbach, B. & Griggs, R. C. (1995). Scapulo-peroneal syndromes: absence of linkage yhe 4q35 FSHD locus. *Arch. Neurol.* 52: 1069-1072.
132. Thompson, R. J. & Seman, J. (1992). The role of parents stress and coping and family functioning in parent and child adjustemend to Duchenne muscular dystrophy. *Journal of Clinical Psychology*, (enero) 48(1): 11-19.
133. Urtasun, M. & López de Munain, A. (1999). Distrofia muscular de cintura: un síndrome clínica y genéticamente heterogéneo. *Neurología* 14(3): 97-101.
134. Vance, J. M., Barker, D. & Yamaoka, L. H. (1991). Localization of Charcot-Maried-Tooth disease type 1A (CMT1A) to chromosome 17. *Genomics* 7: 408-415.
135. Verellen, C., Frennd, M. & DeMeyer, R. (1977). Progressive muscular dystrophy of the Duchenne type in young girl associated with an aberration of chromosome X. *Excerpta Medica* 428: 42.
136. Walton, J. N. & Natrass, F. J. (1954). On the classification, natural history and treatment of the myopathies. *Brain* 77: 169-213.
137. Walton, J. & Gardner-Medwin, D. (1988). The muscular dystrophies. En J. N. Walton (edi.) *Disorders of voluntary muscle*. Edimburgo, Inglaterra: Churchill Livingstone, 519-568.
138. Wijmenga, C., Sandkujil, L. A. & Moerer, P. (1992). Genetic linkage map of fasioscapulohumeral muscular dystrophy and five polymorphic loci on chromosome 4q35-qter. *Am. J. Hum. Genetic.* 51: 411-415.
139. Williams, W. R., Thompson, M. W. & Morton, N. E. (1983). Complex segregation analysis and computer asisted genetic risk assesment for Duchenne muscular dystrophy. *Am. J. Med. Genet.* 14: 315.

140. Witte, R. A. (1985). The psychological impact of a progressive physical handicap and terminal illness (Duchenne muscular dystrophy) on adolescents and their families. *British Journal of Medical Psychology* 58: 179-187.
141. Zatz, M. & Belli, R. T. B. (1986). Bening Duchenne muscular dystrophy in a patient with growth hormone deficiency: A five years follow-up. *Am. J. Med. Genet.* 24: 567.
142. Zerres, K. & Rudnik-Sconeborn, S. (1995). Natural history in proximal spinal muscular atrophy. *Arch. Neurol.* 52: 518-523.
143. Zerres, K., Rudnik-Sconeborn, S. & Forrest, E. (1997). A collaborative study on the natural history of childhood and juvenile onset proximal spinal muscular atrophy (type II and III SMA): 569 patients. *J. Neurol. Sci.* 146: 67-72.

## GLOSARIO DE AUTORES

Acevedo, C. M. (1990).	14
Adler, S. N. (1972).	21
Ahlström y Sjöden (1996).	21
Allan, W. (1939).	35
Arahata, K. & Engel, A. G. (1984).	30
Bach, J. R. (1992).	20
Bach, J. R., Campagnolo, D. I. & Hoeman, S. (1991).	19, 25 y 26
Bach, J. R. & Tilton, M. (1994).	19
Bardach, (1995).	23
Barnett, V. A. & Bach, J. R. (1995).	20, 21 y 25
Bashir, R., y col. (1994).	34
Becker, P. E. (1962).	32
Beckmann, y col. (1991).	34
Ben, O. K., Middleton, L. T. & Loprest, L. J. (1993).	41
Ben-Othmane, K., Hentati, F. & Lenon, F. (1993).	39 y 40
Bergoffen, J., Trofatter, J. & Pericak-Vance, M. (1993).	42
Bird, T. D., Ott, J. & Giblett, E. R. (1982).	18 y 38
Blyth, H. & Pugh, R. J. (1959).	32
Bonneman, C. G., y col. (1995).	34
Botstein, D., Withe, R. L. & Skolnick M. (1980).	29
Boyd, Y., Buckle, V. & Holt, S. (1986).	29
Bradley, W. G., Jones, M. Z. & Mussini, J. M. (1978).	33 y 34
Brooke, M. H., Fenichel, G. M., Griggs, R. C. (1983).	30 y 32
Brooke, M. H., Fenichel, G. M., Griggs, R. C. (1987).	32
Brooke, M. H., Griggs, R. C., Mendell, J. R. (1981).	32
Brooks, A. P. & Emery, A. E. H. (1977).	29
Brzustowicz, L. M. & Castill, L. H. (1990).	43
Buchanan, D., LaBarbera, C. J., Roelofs, R. & Olson, W. (1979).	17, 18 y 25
Buchthal, F. & Rosenfalch, P. (1963).	30
Bulfield, G., Siller, W. G. & Wight, P. A. (1985).	29
Bushby, K. M. & Gardner-Medwin, D. (1993).	33
Bushby, K. M., y col. (1993).	32 y 34
Charcot, J. M. & Marie, P. (1886).	38

Chojnacka, G. (1978).	110
Craig, L., Hyser & Mendell, J. R. (1988).	31 y 32
Davies, K. E., Young, B. D. & Ellis, R. G. (1981).	29
DeMartinvillo, B., Kunkel, L. M. & Bruns, G. (1985).	29
DeVisser, M., DeVoogt, G. W. & La Riviere, G. V. (1992).	36
Dicaprio, N. S. (1989).	9 y 10.
Douglas, A. B. & Nietzel, M. T. (1988).	11
Dubowitz, V. (1992).	27, 30, 32, 33 y 45
Dubowitz, V. (1995).	43 y 46
Duchenne de Boulogne, G. B. A. (1868).	28
Dupré, N., y col. (1999).	41
Dyck, P. J., Litchy, W. J. & Minnerath, S. (1994).	39 y 40
Eggers, S. & Zatz, M. (1998).	6, 19, 23 y 25
Emery, A. E. & Skinner, R. (1976).	32, 33 y 34
Erb, W. H. (1891).	28
Farah, M. G., Evans, E. B. & Vignos, P. J. (1980).	30
Fitzpatrick, C., Barry, C. & Garvey, C. (1986).	19
Fitzsimons, R. B., Gunwin, E. B. & Bird, A. C. (1987).	36
Frankel, K. A. & Rosser, R. J. (1976).	30
Fried, K., & Emery, A. E. H. (1971).	46
Gande, M., Villagómez, M. y Hernández, R. (1989).	24
Gardner-Medwin, D. (1980).	32 y 51
Garfield, S. L. (1974).	11
Geist, R. A. (1979).	110
Gilliam, T. C. (1995).	43
Gowers, W. R. (1886).	28 y 32
Griggs, R. C., Reeves, W. & Moxley, R. T. III. (1977).	30
Guiloff, R. J., Thomas, P. K. & Contreras, M. (1982).	38
Guzetta, F., Ferriere, G. & Lyon, G. (1982).	40 y 41
Hahn, A. F., Brow, W. F., Koopman, W. J. & Feasby, T. E. (1990).	42
Harding, A. E. & Thomas, P. K. (1980).	37 y 38
Harper, D. C., (1978).	18
Harper, D. C., (1983).	18
Hathaway, S. R., Forreword, W. G., Dahlstrom, G. S. Welsh (1960).	54
Hausmanowa-Petrusewicz, I., Zaremba, J. & Borkowska, J. (1984).	43 y 46
Hayasaka, K., Himoro, M. & Sawaishi, Y. (1993).	41
Hoffman, E. P., Brown, R. H. & Kunkel, L. M. (1987).	29
Hoffman, J. (1892).	42
Hoffman, J. (1892).	42
Hoffman, J. (1896).	42

Iannaccone, S. T. (1998).	42
Iannaccone, S. T., Caneris, O. & Hoffman, J. (1990).	43
Jacobs, P. A., Hunt, P. A. & Mayer, M. (1981).	29
Jansen, P. H. P., Joosten, E. M. G. & Jaspar, H. H. J. (1986).	43
Jellet, L. B., Kennedy, M. C. & Goldblatt, E. (1974).	30
Kaplan, A. G. (1991).	19
Kenneth, M. C. & Roger, A. B. (1983).	22
Killian, J. M., Taiwari, P. S. & Jacobson S. (1996).	38
Kingston, H. M., Sarfarazi, M. & Thomas, N. S. (1984).	29
Koenig, M., Hoffman, E. P. & Bertelson, C. H. (1987).	29
Kornfeld, M. S. & Siegel, I. M. (1979).	23
Kornfeld, M. S. & Siegel, I. M. (1980).	23
Kubler-Rosse, E. (1969).	19 y 25
Kugelberg, E. & Welander, L. (1956).	43
Kuhn, E., Fiehn, W. & Schroder, J. M. (1979).	34
Kunkel, L. M., Monaco, A. P. & Middlesworth, W. (1985).	29
Kwon, J. M., Elliot, J. L. & Yee, W. (1995).	39 y 40
Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1993).	21
Laukkanen, E., Lehtonen, J., Amnell, G., Kiviranta, T. & Bargum, C. (2001).	110
Lebo, R. V., Chance, P. F. & Dyck, P. J. (1992).	38
Leibowitz, D. & Dubowitz, V. (1981).	29
Lim, L. E., y col. (1992).	34
Lindzey, (1992).	11
Madorsky (1984).	20
Marks, P. A., Seeman, W., & Haller, D. L. (1974).	86
McAlpine, P. J., y col. (1990).	38
Melki, J., Lefebvre, S. & Burglen, L. (1994).	43
Mendell, J. R. (1998).	40 y 41
Meryon, E. (1852).	27 y 28
Miller, J. R., Colbert, A. P. & Scock, N. C. (1988).	23 y 25
Mokri, B. & Engel, A. G. (1975).	30
Monaco, A. P., Neve, R. L. & Colletti-Feener, C. (1986).	29
Monekton, G., Haskin, V. & Warren, S. (1982).	29
Munsat, T. L., Baloh, R. & Pearson, C. M. (1973).	30
Murray, J. M., Davies, K. E. & Harper, P. S. (1982).	29
Naugle, R.I. (1988).	19
Nuñez, R. (1996).	12, 13, 51, 53 y 54
Othmanne, B., y col. (1992).	34
Padberg, G., Brouwer, O. F. & DeKeizer, R. J. (1995).	36
Passos-Bueno, M. R., Moreira, E. S., Vainzol, M. & Zatz, M. (1996).	35

Pendleton, M. G. (1985).	20
Pennington, R. J. T. (1977).	30
Perloff, J. K. (1984).	30
Polakoff, R. J. (1998).	21 y 26
Rivera, J. O. (1991).	12, 14 y 54
Roa, B. B., Dyck, P. J., Marks, H. G., Chance, P. F. & Lupski, J. R. (1993).	41
Roberds, S. T., y col. (1994).	34
Roses, A. D., Roses, M. J. & Miller, S. E. (1976).	30
Roy, N., Mahadevan, M. S. & McLean, M. (1995).	43
Russman, B. S., Bucher, C. R. & White, M. (1996).	46 y 47
Sanyal, S. K. & Johnson, W. W. (1982).	30
Siegal, I. M., Davidson, H., Kornfeld, M. & McCready, W. C. (1993).	19
Skre, H. (1974).	36 y 38
Stevenson, W. G., Perloff J. K., Weiss J. N. & Anderson T. L. (1990).	36
Suárez, G. V. (1988).	14
Tawil, R. & Griggs, R. C. (1997).	36
Tawil, R., Foglewicz, D. A., Griggs, R. C., Weiffenbach, B. & The FSH Consortium (1998).	36
Tawil, R., Myers, G. J., Weiffenbach, B. & Griggs, R. C. (1995).	36
Thompson, R. J. & Seman, J. (1992).	25
Urtasun, M. & López de Munain, A. (1999).	34 y 35
Vance, J. M., Barker, D. & Yamaoka, L. H. (1991).	38
Verellen, C., Frennd, M. & DeMeyer, R. (1977).	29
Walton, J. N. & Natrass, F. J. (1954).	28
Walton, J. & Gardner-Medwin, D. (1988).	28
Wijmenga, C., Sandkujil, L. A. & Moerer, P. (1992).	36
Williams, W. R., Thompson, M. W. & Morton, N. E. (1983).	29
Witte, R. A. (1985).	22
Zatz, M. & Betti, R. T. B. (1986).	29
Zerres, K. & Rudnik-Sconeborn, S. (1995).	47
Zerres, K., Rudnik-Sconeborn, S. & Forrest, E. (1997).	47

# *A N E X O*

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2001

Por medio de la presente informo que acepto participar en la investigación "**Alteraciones de personalidad en pacientes con enfermedades neuromusculares de origen genético**", la cual se llevará a cabo en el Servicio de Genética y Psicología del Instituto Nacional de Ortopedia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La investigación será coordinada por la Dra. Margarita Valdés Flores, médico adscrito al Servicio de Genética de este Instituto. Mi colaboración consistirá en participar en una entrevista clínica y en la resolución de un cuestionario previamente validado. Asimismo, informo que pondré retirarme de la investigación en el momento que lo estime conveniente, lo cual no modificará la calidad de la atención médica que se me otorga en este hospital.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

COMITÉ NACIONAL DE REHABILITACIÓN S.S.  
 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
 SERVICIO DE FISIOTERAPIA

ANOCI. GENEALÓGICO.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ No. DE EXP: \_\_\_\_\_  
 SERVICIO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PADECIMIENTO ACTUAL:

*Consanguinidad  
 Edad de los padres  
 Antecedentes familiares  
 - misma enfermedad  
 - defectos consanguíneos de  
 otro tipo  
 - lugar de origen*

OX. PROBABLES:

OX. FINAL:

NOMBRE:  
 EDAD:  
 SEXO:  
 LUGAR DE ORIGEN:  
 LUGAR DE RESIDENCIA:  
 ESTADO CIVIL:  
 TELÉFONO:  
 ESCOLARIDAD:  
 OFICIO:  
 No. DE EXPEDIENTE.

DATOS DEL PADRE:

DATOS DE LA MADRE:

NOMBRE:  
 LUGAR DE  
 ORIGEN:  
 LUGAR DE  
 RESIDENCIA:  
 ESCOLARIDAD:  
 OFICIO:  
 TOXICOMANIAS:  
 FAMILIARIZACIÓN FAM  
 AGO

ANTECEDENTES PRE Y PERINATALES:

INGESTA DE MEDICAMENTOS  
 EXPOSICION A RADIACION  
 EXPOSICION A AGENTES TERATOGENOS  
 TOMA DE USG  
 ENFERMEDADES DURANTE LA GESTACION:

AMENAZA DE ABORTO:  
 INTENTO DE ABORTO:  
 INCREMENTO PONDUSAL  
 MOVIMIENTOS FETALES  
 ATENCION DEL PARTO:  
 COMPLICACIONES:

PLACENTA:  
 LIQUIDO A:  
 CORDON:

TIPO DE PRODUCTO:  
 TALLA  
 PESO  
 PC:  
 PT:  
 FA  
 CIANOSIS:  
 COMPLICACIONES:  
 ICTERICIA  
 INTERNAMIENTO

CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

SUCCION:  
 SOSTUVO LA CABEZA:  
 SE SENTO SIN AYUDA:  
 BIPEDESTACION  
 INICIO DE MARCHA  
 PRIMEROS MONOSILABOS:  
 PRIMERAS FRASES:

DENTICION:  
 ABLACTACION:  
 CONTROL DE ESPINTERES:

PUBARCA:  
 TELARCA:  
 MEMARCA:

*Muchas*  
*- Características -*  
*- Caida Sec.*  
*- De Etapas musculares*  
*- Redefinir.*  
*- F0113?*

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

RELACIONACION POR APARATOS Y SISTEMAS:

EXPLORACION FISICA:  
 TALLA: PESO: PA: PT: PC: SS: SI:

HABITUS EXTERIOR.

CRANEO:

CARA

CUELLO:

TORAX:

ABDOMEN:

EXTREMIDADES:

GENITALES:  
 ESTUDIOS ESPECIALES:

OBSERVACIONES

*- Electroencefalogramas*  
*- Estudios musculares*  
*- Analisis de marcha*  
*- Biopsias*  
*- Estudios moleculares (secuenciados)*



Z-2

NO HABRA ESTE FOLLETO HASTA QUE SE LE INDIQUE.

## INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MMPI-Español

Dr. S.R. HATHAWAY y Dr. J.C. McKINLEY

Traducido por A. Bernal, A. Colón, E. Fernández, A. Mena, A. Torres y E. Torres, el Personal Técnico del Centro de Orientación de la Universidad de Puerto Rico, con la colaboración del Dr. Starke R. Hathaway

Adaptación para América Latina por el Dr. Rafael Nadez, México

Este inventario consta de oraciones o proposiciones enumeradas. Lea cada una y decida si, en su caso, es Cierta o falsa.

Usted debe marcar las respuestas en la hoja de contestaciones. Fijese en el ejemplo que aparece al lado derecho. Si la oración es CIERTA o, más o menos CIERTA en su caso, rellene con lápiz el círculo en el renglón C (Cierto), vea el ejemplo 1. Si la oración es FALSA o, más o menos FALSA en su caso rellene el círculo en el renglón F (Falso), vea el ejemplo 2. Si la oración o proposición no se aplica a usted o si se trata de algo que desconoce, no haga marca alguna en la hoja de contestaciones.



Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Al marcar su respuesta en la hoja de contestaciones, asegúrese de que el número de la oración corresponda al número de la respuesta en la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar alguna respuesta, bórre completo lo que quiera cambiar.

Recuerde, trate de dar alguna respuesta para cada una de las oraciones.

No marque este folleto.

AHORA ABRA SU FOLLETO Y EMPIECE

Impreso en México

Printed by El Manual Moderno, S. A.  
under license to The Psychological Corporation  
© 1957, Copyright 1943, by  
The University of Minnesota  
All rights reserved.  
U.S. © 1947 por El Manual Moderno, S. A.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**INSTRUCTIVO**

1. Todas las contestaciones tienen que ser marcadas en esta hoja de respuestas. Nunca escriba usted en el folleto.
2. Los espacios enumerados corresponden a las frases en el folleto, decida usted como desea contestar la frase, y después marque el círculo correspondiente.

**Ejemplo: Frase No. 1: Me gustan las revistas de mecánica.**

Llene usted el círculo encima de la cifra, si le gustan las revistas de mecánica (al margen izquierdo de la línea correspondiente encontrará la letra **C = cierto**).

C	<input type="radio"/>					
	1	2	3	4	5	6
	<input type="radio"/>					
F						

Llene usted el círculo debajo de la cifra si las revistas de mecánica no le gustan (al margen izquierdo de la línea correspondiente encontrará la letra **F = falso**)

C	<input type="radio"/>					
	1	2	3	4	5	6
	<input type="radio"/>					
F						

1. Hay que usar un lápiz negro y llenar completamente los círculos seleccionados.
2. Si las frases no significan nada para usted, o usted no ve claro el significado, no marque nada.

**TRATE USTED DE CONTESTAR CADA FRASE.**

## NO HAGA MARCA ALGUNA EN ESTE FOLLETO.

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me gustan las revistas de mecánica.</li> <li>2. Tengo buen apetito.</li> <li>3. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.</li> <li>4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.</li> <li>5. El ruido me despierta fácilmente.</li> <li>6. Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.</li> <li>7. Por lo general mis manos y mis pies están suficientemente calientes.</li> <li>8. Mi vida diaria esta llena de cosas que me mantienen interesado.</li> <li>9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.</li> <li>10. Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.</li> <li>11. Una persona debiera tratar de comprender sus sueños, guiarse por ellos o tenerlos en cuenta como avisos.</li> <li>12. Me gustan los cuentos detectivescos o de misterio.</li> <li>13. Trabajo bajo una tensión muy grande.</li> <li>14. Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente.</li> <li>15. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.</li> <li>16. Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.</li> <li>17. Mi padre fue un buen hombre.</li> <li>18. Muy raras veces sufro de estreñimiento.</li> <li>19. Cuando acepto un nuevo empleo me gusta que me indiquen a quien debo halagar.</li> <li>20. Mi vida sexual es satisfactoria.</li> <li>21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>22. A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.</li> <li>23. Sufro de ataques de nauseas y de vomito.</li> <li>24. Nadie parece comprenderme.</li> <li>25. Me gustaria ser cantante.</li> <li>26. Creo que es mucho mejor quedarme callado cuando estoy en dificultades.</li> <li>27. Los espíritus malos se poseionan de mi a veces.</li> <li>28. Cuando alguien me hace un mal siento que debiera pagarle con la misma moneda, si es que puedo, como cuestión de principio.</li> <li>29. Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana.</li> <li>30. A veces siento deseos de maldecir.</li> <li>31. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.</li> <li>32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.</li> <li>33. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.</li> <li>34. Tengo tos la mayor parte del tiempo.</li> <li>35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.</li> <li>36. Raras veces me preocupo por mi salud.</li> <li>37. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.</li> <li>38. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.</li> <li>39. A veces siento deseos de destruir cosas.</li> <li>40. La mayor parte del tiempo prefería soñar despierto antes que hacer cualquier otra cosa.</li> <li>41. He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.</li> </ol> |
|--|---|

PASE LA PAGINA

- |   |   |
|---|---|
| <p>42. A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida).</p> <p>43. Mi sueño es irregular e intranquilo.</p> <p>44. La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza</p> <p>45. No siempre digo la verdad.</p> <p>46. Mi habilidad para formar juicios nunca habla estado mejor que ahora.</p> <p>47. Una vez a la semana o más a menudo, me siento repentinamente caliente en todo el cuerpo, sin causa aparente.</p> <p>48. Cuando estoy con gente me molesta el oír cosas muy extrañas.</p> <p>49. Sería mejor si casi todas las leyes fueran descartadas</p> <p>50. Mi alma a veces abandona mi cuerpo.</p> <p>51. Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos.</p> <p>52. Prefiero hacerme el desentendido con amigos de la escuela, o con personas conocidas a quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.</p> <p>53. Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted.</p> <p>54. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.</p> <p>55. Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho.</p> <p>56. Cuando muchacho (a) me suspendieron de la escuela una o más veces por hacer travesuras</p> <p>57. Soy una persona sociable.</p> <p>58. Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron.</p> <p>59. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.</p> <p>60. No leo todos los editoriales del periódico diariamente.</p> | <p>61. No he visto la vida con rectitud.</p> <p>62. Con frecuencia siento como un ardor, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.</p> <p>63. No he tenido dificultad en comenzar o detener el acto de defecación.</p> <p>64. Algunas veces persisto en una cosa hasta que los otros pierden la paciencia conmigo.</p> <p>65. Yo quise a mi padre.</p> <p>66. Veo cosas, animales o gente a mi alrededor que otros no ven.</p> <p>67. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo.</p> <p>68. Muy raras veces siento dolor en la nuca.</p> <p>69. Me siento fuertemente atraído por personas de mi propio sexo.</p> <p>70. Me gustaba jugar a las prendas.</p> <p>71. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se conduelan de ellos y les ayuden.</p> <p>72. Sufro de malestar en la boca del estómago varias veces a la semana o con más frecuencia.</p> <p>73. Soy una persona importante.</p> <p>74. A menudo he deseado ser mujer. (O si Ud. Es mujer) Nunca me ha pesado ser mujer.</p> <p>75. Algunas veces me enojo.</p> <p>76. La mayor parte del tiempo me siento triste.</p> <p>77. Me gusta leer novelas de amor.</p> <p>78. Me gusta la poesía.</p> <p>79. Mis sentimientos no son heridos con facilidad</p> <p>80. De vez en cuando mortifico a los animales.</p> <p>81. Creo que me gustaría trabajar como guardabosque.</p> <p>82. Soy vencido fácilmente en una discusión</p> |
|---|---|

PASE LA PAGINA

<p>83. Cualquier persona capacitada y dispuesta a trabajar fuerte tiene buenas posibilidades de obtener éxito.</p> <p>84. En estos días me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.</p> <p>85. Algunas veces me siento tan atraído por artículos personales de otros, como calzados, guantes, etc., que quiero tocarlos o robarlos aunque no haga uso de ellos.</p> <p>86. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.</p> <p>87. Me gustaría ser florista.</p> <p>88. Generalmente siento que la vida vale la pena.</p> <p>89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.</p> <p>90. De vez en cuando deijo para mañana lo que debiera hacer hoy.</p> <p>91. No me molesta que se burlen de mí.</p> <p>92. Me gustaría ser enfermero (o enfermera).</p> <p>93. Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.</p> <p>94. Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).</p> <p>95. Voy a la iglesia casi todas las semanas.</p> <p>96. Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia.</p> <p>97. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso.</p> <p>98. Creo en la segunda venida de Cristo.</p> <p>99. Me gustaría ir a fiestas y a otras reuniones donde haya mucha alegría y ruido.</p> <p>100. He encontrado problemas tan llenos de posibilidades que me ha sido imposible llegar a una decisión.</p> <p>101. Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.</p> <p>102. Mis luchas más difíciles son conmigo mismo.</p>	<p>103. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o contracciones musculares.</p> <p>104. No parece importarme lo que pase.</p> <p>105. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy malhumorado.</p> <p>106. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo malo o diabólico.</p> <p>107. Casi siempre soy feliz.</p> <p>108. Parece que mi cabeza o mi nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo.</p> <p>109. Algunas personas son tan dominantes que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.</p> <p>110. Alguien me tiene mala voluntad.</p> <p>111. Nunca he hecho algo peligroso sólo por el gusto de hacerlo.</p> <p>112. Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo que es justo.</p> <p>113. Creo que la ley debe hacerse cumplir.</p> <p>114. A menudo siento como si tuviera una banda apretándome la cabeza.</p> <p>115. Creo en toda vida después de ésta.</p> <p>116. Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.</p> <p>117. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.</p> <p>118. En la escuela me llevaron ante el director algunas veces por hacer travesuras.</p> <p>119. Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más ligero ni más despacio, ni balbuciente; ni ronca).</p> <p>120. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer afuera en compañía de otros.</p> <p>121. Creo que están conspirando contra mí.</p> <p>122. Me parece que soy tan capacitado e inteligente como la mayor parte de los que me rodean.</p>
--	---

PASE LA PAGINA

- |  |  |
|--|--|
| <p>123. Creo que me están siguiendo.</p> <p>124. La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.</p> <p>125. Sufro mucho de trastornos estomacales.</p> <p>126. Me gustan las artes dramáticas.</p> <p>127. Yo sé, quien es el responsable de la mayoría de mis problemas.</p> <p>128. El ver sangre no me asusta ni me enferma.</p> <p>129. A menudo no puedo comprender por qué, he estado tan irritable y malhumorado.</p> <p>130. Nunca he vomitado o escupido sangre.</p> <p>131. No me preocupa contraer enfermedades.</p> <p>132. Me gusta recoger flores o cultivar plantas decorativas.</p> <p>133. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.</p> <p>134. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlos en palabras.</p> <p>135. Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.</p> <p>136. Generalmente pienso qué, segunda intención puede tener otra persona cuando me hace un favor.</p> <p>137. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la de la mayor parte de la gente que conozco.</p> <p>138. La crítica o el regaño me hiere profundamente.</p> <p>139. Algunas veces siento el impulso de herirme o de herir a otros.</p> <p>140. Me gusta cocinar.</p> <p>141. Mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean.</p> <p>142. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada</p> | <p>143. Cuando niño pertenecía a un grupo o pandilla que trataban de mantenerse unidos a toda prueba.</p> <p>144. Me gustaría ser soldado.</p> <p>145. A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien.</p> <p>146. Me siento impulsado hacia la vida errante y nunca me siento feliz a menos que esté, viajando de un lado a otro.</p> <p>147. Muchas veces he perdido una oportunidad porque no he podido decidirme a tiempo.</p> <p>148. Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpen cuando estoy trabajando en algo importante.</p> <p>149. Acostumbraba llevar un diario de mi vida.</p> <p>150. Prefiero ganar a perder en un juego.</p> <p>151. Alguien ha estado tratando de envenenarme.</p> <p>152. Casi todas las noches puedo dormirme sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.</p> <p>153. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.</p> <p>154. Nunca he tenido un ataque o convulsiones.</p> <p>155. No estoy perdiendo ni ganando peso.</p> <p>156. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.</p> <p>157. Creo que frecuentemente he sido castigado sin motivo.</p> <p>158. Lloro con facilidad.</p> <p>159. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.</p> <p>160. Nunca me he sentido mejor que ahora.</p> <p>161. A veces siento adolorida la parte superior de la cabeza.</p> <p>162. Me mortifica que una persona me tome el pelo tan hábilmente que tenga que admitir que me engañaron.</p> <p>163. No me canso con facilidad.</p> |
|--|--|

PASE LA PAGINA

164. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.	186. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.
165. Me gusta conocer gente de importancia porque eso me hace sentir importante.	187. Nunca se me han puesto las manos torpes o poco hábiles.
166. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.	188. Puedo leer por un largo rato sin que se me cansen los ojos.
167. No me sentiría nervioso si algún familiar mío tuviera dificultades con la justicia.	189. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
168. Mi mente no está muy bien.	190. Muy pocas veces me duele la cabeza.
169. No tengo miedo de manejar dinero.	191. Algunas veces cuando estoy avergonzado, empiezo a sudar, lo que me molesta muchísimo.
170. No me preocupa lo que otros piensen de mí.	192. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
171. Me siento incomodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión aun cuando otros están haciendo lo mismo.	193. No me dan ataques de alegría o asma.
172. Frecuentemente tengo que esforzarme para demostrar que no soy tímido.	194. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos o el habla pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
173. Me gustaba la escuela.	195. No me agradan todas las personas que conozco.
174. Nunca me he desmayado.	196. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
175. Rara vez o nunca he tenido mareos.	197. Alguien ha estado tratando de robarme.
176. No le tengo mucho miedo a las serpientes.	198. Muy pocas veces sueño despierto.
177. Mi madre fue una buena mujer.	199. Se debe enseñar a los niños la información básica sobre la vida sexual.
178. Mi memoria parece ser buena.	200. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.
179. Me preocupan las cuestiones sexuales.	201. Desearía no ser tímido.
180. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.	202. Creo que estoy condenado o que no tengo salvación.
181. Cuando me siento aburrido me gusta provocar algo emocionante.	203. Si yo fuera periodista me gustaría mucho escribir noticias de teatro.
182. Tengo miedo de perder el juicio.	204. Me gustaría ser periodista.
183. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.	205. A veces me ha sido imposible evitar el robar o llevarme algo de una tienda.
184. Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen.	206. Soy muy religioso (más que la mayoría de la gente).
185. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas.	

PASE LA PAGINA

- |   |  |
|---|--|
| <p>207. Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.</p> <p>208. Me gusta coquetear.</p> <p>209. Creo que mis pecados son imperdonables.</p> <p>210. Todo me sabe igual.</p> <p>211. Puedo dormir de día pero no de noche.</p> <p>212. Mi familia me tratan más como niño que como adulto.</p> <p>213. Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las líneas de las aceras.</p> <p>214. Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan preocupado.</p> <p>215. He bebido alcohol con exceso.</p> <p>216. Hay muy poco compañerismo y cariño en mi familia en comparación con otros hogares.</p> <p>217. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.</p> <p>218. No me molesta mucho el ver sufrir a los animales.</p> <p>219. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.</p> <p>220. Yo quise a mi madre.</p> <p>221. Me gusta la ciencia.</p> <p>222. No encuentro difícil el pedir ayuda a mis amigos aun cuando no pueda devolverles el favor.</p> <p>223. Me gusta mucho cazar.</p> <p>224. Con frecuencia mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbraba salir.</p> <p>225. A veces murmuro o chismeo un poco de la gente.</p> <p>226. Algunos de mis familiares tienen hábitos que me molestan y perturban mucho.</p> <p>227. Me han dicho que camino dormido.</p> <p>228. A veces creo que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.</p> | <p>229. Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.</p> <p>230. Raras veces noto los latidos de mi corazón, y muy pocas veces me siento corto de respiración.</p> <p>231. Me gusta hablar sobre temas sexuales.</p> <p>232. He sido educado en un modo de vida basado en el deber, el cual he seguido desde entonces con sumo cuidado.</p> <p>233. Algunas veces he sido un obstáculo a personas que querían hacer algo, no porque eso fuera de mucha importancia, sino por cuestión de principio.</p> <p>234. Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto.</p> <p>235. He sido bastante independiente y libre de la disciplina familiar.</p> <p>236. Me preocupo mucho.</p> <p>237. Casi todos mis parientes congenian conmigo.</p> <p>238. Tengo periodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.</p> <p>239. He sufrido un desengaño amoroso.</p> <p>240. Nunca me preocupo por mi aspecto.</p> <p>241. Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantenerlas en secreto.</p> <p>242. Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas.</p> <p>243. Sufro de pocos o ninguna clase de dolor.</p> <p>244. Mi modo de hacer las cosas tienden a ser mal interpretado por otros.</p> <p>245. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.</p> <p>246. Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.</p> <p>247. Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia.</p> |
|---|--|

PASE LA PAGINA

- |   |  |
|---|--|
| <p>248. Algunas veces sin razón alguna o aun cuando las cosas no me están saliendo bien me siento muy alegre, "como si viviera en las nubes".</p> <p>249. Creo que existe el diablo y el infierno.</p> <p>250. No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.</p> <p>251. He tenido trances en los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.</p> <p>252. A nadie le importa mucho lo que le suceda a usted.</p> <p>253. Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas.</p> <p>254. Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas los unos a los otros.</p> <p>255. En las elecciones algunas veces voto por candidatos acerca de quienes conozco muy poco.</p> <p>256. La única parte interesante del periódico es la página cómica.</p> <p>257. Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago.</p> <p>258. Creo que hay un Dios.</p> <p>259. Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.</p> <p>260. En la escuela fui lento en aprender.</p> <p>261. Si fuera artista me gustaría pintar flores.</p> <p>262. No me molesta el no ser mejor parecido.</p> <p>263. Sudo con facilidad aun en días fríos.</p> <p>264. Tengo entera confianza en mí mismo.</p> <p>265. Es más seguro no confiar en nadie.</p> <p>266. Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy excitado.</p> <p>267. Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.</p> | <p>268. Cuando me siento abalido, algo emocionante me saca casi siempre de ese estado.</p> <p>269. Con facilidad puedo infundirte miedo a otros y a veces lo hago por diversión.</p> <p>270. Cuando salgo de casa no me preocupó de si las puertas y ventanas están bien cerradas</p> <p>271. No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.</p> <p>272. A veces estoy lleno de energía.</p> <p>273. Tengo adormecidas una o varias partes de la piel.</p> <p>274. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.</p> <p>275. Alguien controla mi mente.</p> <p>276. Me gustan los niños.</p> <p>277. A veces me ha divertido tanto la astucia de un picaro, que he deseado que se salga con la suya.</p> <p>278. Con frecuencia me ha parecido que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos.</p> <p>279. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de agua.</p> <p>280. La mayoría de la gente se hace de amigos por conveniencia propia.</p> <p>281. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.</p> <p>282. De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi familia a los que usualmente quiero.</p> <p>283. Si fuera reportero me gustaría mucho escribir noticias deportivas</p> <p>284. Estoy seguro de que la gente habla de mí.</p> <p>285. A veces me río de chistes sucios.</p> <p>286. Nunca estoy tan contento como cuando estoy solo.</p> <p>287. Tengo pocos temores en comparación con mis amigos.</p> <p>288. Sufro de ataques de náuseas y vómitos.</p> |
|---|--|

PASE LA PAGINA

- |   |  |
|---|--|
| <p>289. Siempre me disgusto con la ley cuando se pone en libertad a un criminal debido a los argumentos de un abogado astuto.</p> <p>290. Trabajo bajo una tensión muy grande.</p> <p>291. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.</p> <p>292. Por lo general no le hablo a la gente hasta que ellos me hablen a mí.</p> <p>293. Nunca ha tratado de influir en mi mente.</p> <p>294. Nunca he tenido tropiezos con la ley.</p> <p>295. A mí me gustaba el cuento "Caperucita Roja".</p> <p>296. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.</p> <p>297. Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.</p> <p>298. Si varias personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en esto.</p> <p>299. Creo que siento más intensamente que la mayoría de las personas.</p> <p>300. Nunca en mi vida me ha gustado jugar con muñecas.</p> <p>301. Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.</p> <p>302. Nunca me he visto con dificultades a causa de mi conducta sexual.</p> <p>303. Soy tan sensible acerca de algunos asuntos que ni siquiera puedo hablar de ellos.</p> <p>304. En la escuela me era difícil hablar frente a la clase.</p> <p>305. Aun cuando esté acompañado me siento sólo la mayor parte del tiempo.</p> <p>306. Recibo toda la simpatía que debo recibir.</p> <p>307. No participo en algunos juegos porque no los sé, jugar bien.</p> <p>308. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.</p> | <p>309. Creo que hago amistades tan fácilmente como los demás.</p> <p>310. Mi vida sexual es satisfactoria.</p> <p>311. Por un tiempo cuando era más joven, participé, en pequeños robos.</p> <p>312. No me gusta tener gente alrededor.</p> <p>313. El hombre que provoca la tentación dejando propiedad de valor sin protección, es tan culpable del robo como el ladrón mismo.</p> <p>314. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.</p> <p>315. Estoy seguro que la vida es cruel conmigo.</p> <p>316. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.</p> <p>317. Soy más sensible que la mayoría de la gente.</p> <p>318. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.</p> <p>319. A la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás, aunque no lo diga.</p> <p>320. Muchos de mis sueños son acerca de asuntos sexuales.</p> <p>321. Me ruborizo fácilmente.</p> <p>322. El dinero y los negocios me preocupan.</p> <p>323. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.</p> <p>324. Nunca he estado enamorado de alguien.</p> <p>325. Ciertas cosas que han hecho algunos de mis familiares me han asustado.</p> <p>326. A veces me dan accesos de risa o de llanto que no puedo controlar.</p> <p>327. Mi madre o mi padre frecuentemente me hacían obedecer aun cuando yo creía que no tenían razón.</p> <p>328. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.</p> <p>329. Casi nunca sueño.</p> |
|---|--|

PASE LA PAGINA

330. Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos.	351. Me pongo ansioso y turbado cuando tengo que salir de casa para hacer un corto viaje.
331. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.	352. He tenido miedo a cosas y a personas que sabía que no me podían hacer daño.
332. Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no esté resfriado.	353. No temo entrar solo a un salón donde hay gente reunida hablando.
333. Nadie parece comprenderme.	354. Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o puntiaguda.
334. A veces percibo olores raros.	355. Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero.
335. No me puedo concentrar en una sola cosa.	356. Tengo más dificultad para concentrarme que la que parece que tienen los demás.
336. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.	357. Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
337. Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo.	358. Malas palabras, a menudo palabras horribles, vienen a mi mente, y se me hace imposible librarme de ellas.
338. Sin duda he tenido más cosas de que preocuparme de las que me corresponden.	359. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
339. La mayor parte del tiempo desearía estar muerto.	360. Casi todos los días sucede algo que me asusta.
340. Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente.	361. Me inclino a tomar las cosas muy en serio.
341. A veces oigo tan bien que me molesta.	362. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
342. Se me olvida muy pronto lo que la gente dice.	363. A veces he sentido placer cuando un ser querido me ha lastimado.
343. Generalmente tengo que detenerme a pensar antes de hacer algo, aunque sea un asunto sin importancia.	364. La gente dice cosas insultantes y vulgares acerca de mí.
344. Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir.	365. Me siento incomodo cuando estoy bajo techo.
345. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.	366. Aun cuando esté acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo.
346. Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia como bombillas eléctricas en anuncios luminosos, etc.	
347. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño.	
348. Generalmente no me fio de las personas que son un poco más amistosas de lo que yo esperaba.	
349. Tengo pensamientos extraños y peculiares.	
350. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.	

PASE LA PAGINA SOLAMENTE  
CUANDO SE LE INDIQUE

367. No le temo al fuego.
368. A veces me he alejado de otra persona porque temía hacer o decir algo que pudiera lamentar después.
369. La religión no me preocupa.
370. Odio tener que trabajar deprisa.
371. No soy una persona demasiado consciente de sí misma.
372. Tiendo a interesarme en diferentes distracciones en vez de concentrarme por largo tiempo en una de ellas.
373. Estoy seguro de que sólo existe una religión verdadera.
374. Durante ciertos periodos mi mente parece trabajar mas despacio que de costumbre.
375. Cuando me siento muy feliz y activo, alguien que este deprimido me desanima por completo.
376. Los policías son generalmente honrados.
377. En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me sienta solo o con una sola persona en vez de unirme al grupo.
378. No me gusta ver fumar a las mujeres.
379. Muy raramente me siento deprimido.
380. Cuando alguien dice cosas tontas o estúpidas acerca de algo que sé, trato de corregirlo.
381. Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio.
382. Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.
383. La gente me desilusiona con frecuencia.
384. Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas.
385. El relámpago es uno de mis temores.
386. Me gusta tener a los demás intrigados sobre lo que voy a hacer.
387. Los únicos milagros que conozco son simplemente tretas que unas personas les hacen a otros.
388. Me da miedo estar solo en la oscuridad.
389. Con frecuencia mis planes han parecido estar tan llenos de dificultades, que he tenido que abandonarlos.
390. Muchas veces me he sentido mal al no haber sido comprendido cuando trataba de evitar que alguien cometiera un error.
391. Me gusta muchísimo ir a bailes.
392. Le tengo terror a una tormenta.
393. Los caballos que no jalan debieran ser golpeados o paleados.
394. Frecuentemente le pido consejo a la gente.
395. El futuro es demasiado incierto para que una persona haga planes formales.
396. Con frecuencia, aun cuando todo me va bien, siento que nada me importa.
397. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía vencerlas.
398. Frecuentemente pienso: "quisiera volver a ser niño".
399. No me enoja fácilmente.
400. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serian de gran beneficio para la humanidad.
401. No le temo al agua.
402. Frecuentemente tengo que consultar con la almohada antes de tomar decisiones.
403. Es una gran cosa vivir en época en que ocurren tantas cosas.
404. Frecuentemente la gente ha interpretado mal mis intenciones cuando trataba de corregir y ayudarla.
405. No tengo dificultad al tragar.

PASE LA PAGINA

- |   |   |
|---|---|
| <p>406. Frecuentemente he conocido personas a quienes se suponía expertas y que no eran mejores que yo.</p> <p>407. Por lo general soy tranquilo y no me altero fácilmente.</p> <p>408. Puedo ocultar lo que siento en algunas cosas de manera tal que la gente puede hacerme daño sin que se den cuenta de ello.</p> <p>409. A veces me he agotado por emprender demasiadas cosas.</p> <p>410. Me gustaría mucho ganarle a un pícaro con sus propias armas.</p> <p>411. Me siento un fracasado cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.</p> <p>412. No temo ver al médico acerca de una enfermedad o lesión.</p> <p>413. Merezco un severo castigo por mis pecados.</p> <p>414. Tiendo a preocuparme tanto por los desengaños que luego no puedo dejar de pensar en ellos.</p> <p>415. Si me dieran la oportunidad sería un buen líder.</p> <p>416. Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aunque sepa que puedo hacerlo bien.</p> <p>417. A menudo me siento tan molesto cuando alguien trata de adelantarse en una fila, que le llamo la atención.</p> <p>418. A veces pienso que no sirvo para nada.</p> <p>419. Cuando muchacho frecuentemente salía para la escuela pero no llegaba a ella.</p> <p>420. He tenido experiencias religiosas extraordinarias.</p> <p>421. Tengo uno o varios familiares que son muy nerviosos.</p> <p>422. Me he sentido avergonzado por la clase de trabajo que alguien de mi familia ha hecho.</p> <p>423. Me gusta o me ha gustado muchísimo pescar.</p> <p>424. Siento hambre casi todo el tiempo.</p> <p>425. Sueño frecuentemente.</p> | <p>426. A veces he tenido que ser rudo con personas groseras o inoportunas.</p> <p>427. Me avergüenzan los cuentos picantes.</p> <p>428. Me gusta leer los editoriales de los periódicos.</p> <p>429. Me agrada asistir a conferencias sobre temas serios.</p> <p>430. Me atraen las personas del sexo opuesto.</p> <p>431. Me preocupo mucho por posibles desgracias.</p> <p>432. Tengo opiniones políticas bien definidas.</p> <p>433. Acostumbraba a tener compañeros imaginarios.</p> <p>434. Me gustaría competir en carreras automovilísticas.</p> <p>435. Generalmente preferiría trabajar con mujeres.</p> <p>436. Generalmente la gente exige más respeto para sus derechos que el que está dispuesta a permitirle a los demás.</p> <p>437. No es malo tratar de evitar el cumplimiento de la ley siempre que esta no se viole.</p> <p>438. Hay ciertas personas que me disgustan tanto que me alegro interiormente cuando están pagando las consecuencias por algo que han hecho.</p> <p>439. Me pone nervioso tener que esperar.</p> <p>440. Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas.</p> <p>441. Me gustan las mujeres altas.</p> <p>442. He tenido períodos durante los cuales he perdido el sueño a causa de las preocupaciones.</p> <p>443. Tiendo a dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros piensan que esa no es la manera correcta.</p> <p>444. No trato de corregir a la gente que expresa opiniones ignorantes.</p> <p>445. Me apasionaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).</p> <p>446. Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.</p> |
|---|---|

PASE LA PAGINA

- |  |   |
|--|---|
| <p>447. Con frecuencia me esfuerzo para triunfar sobre alguien que me ha llevado la contraria.</p> <p>448. Me molesta que la gente en las tiendas, tranvías, etc., me estén mirando.</p> <p>449. Me gustan las reuniones sociales por estar con gente.</p> <p>450. Gozo con la excitación de una multitud.</p> <p>451. Mis preocupaciones parece que desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos animados.</p> <p>452. Me gusta burlarme de la gente.</p> <p>453. Cuando era niño nunca me interesó pertenecer a un grupo o pandilla.</p> <p>454. Podría ser feliz viviendo completamente solo en una cabaña en el bosque o en las montañas.</p> <p>455. Frecuentemente no me entero de los chismes y habladurías del grupo a que pertenezco.</p> <p>456. Una persona no debiera ser castigada por violar una ley que considere injusta.</p> <p>457. Creo que nadie debería nunca probar bebidas alcohólicas.</p> <p>458. El hombre que más se ocupo de mí cuando era niño (como mi padre, padrastro, etc.) fue muy estricto conmigo.</p> <p>459. Tengo uno o varios malos hábitos tan arraigados, que es inútil luchar contra ellos.</p> <p>460. He bebido alcohol moderadamente (o no lo he usado).</p> <p>461. Me he es difícil el dejar a un lado la tarea que he emprendido aun cuando sea por poco tiempo.</p> <p>462. No he tenido dificultad para empezar a orinar o retener mi orina.</p> <p>463. Me gustaba jugar "a la pata coja".</p> <p>464. Nunca he tenido una visión.</p> <p>465. Varias veces he cambiado de modo de pensar acerca de mi trabajo.</p> <p>466. Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.</p> | <p>467. Con frecuencia memorizo números sin importancia (tales como los de las placas de automóviles, etc.).</p> <p>468. Frecuentemente me siento apenado por ser tan malgenio o/y gruñón.</p> <p>469. A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas precisamente porque a ellas no se les habían ocurrido antes.</p> <p>470. Me disgustan las cosas sexuales.</p> <p>471. En la escuela mis calificaciones en conducta fueron generalmente malas.</p> <p>472. Me fascina el fuego.</p> <p>473. Siempre que me es posible evito encontrarme entre una multitud.</p> <p>474. No tengo que orinar con más frecuencia que los demás.</p> <p>475. Cuando estoy en una situación difícil digo sólo aquella parte de la verdad que no me perjudique.</p> <p>476. Soy un enviado especial de Dios.</p> <p>477. Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que descubrirlos.</p> <p>478. Nunca me he puesto particularmente nervioso a causa de las dificultades en que se haya visto envuelto algún miembro de mi familia.</p> <p>479. No me molesta el ser presentado a extraños.</p> <p>480. Con frecuencia le tengo miedo a la oscuridad.</p> <p>481. Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo.</p> <p>482. En los trenes, ómnibus, etc., con frecuencia les hablo a los extraños.</p> <p>483. Cristo realizo milagros tales como cambiar el agua en vino.</p> <p>484. Tengo una o más faltas que son tan grandes que es mejor aceptarlas y tratar de controlarlas, antes que tratar de liberarme de ellas.</p> |
|--|---|

PASE LA PAGINA

- |  |  |
|--|--|
| <p>485. Cuando un hombre esta con una mujer generalmente esta pensando cosas relacionadas con el sexo de ella.</p> <p>486. Nunca he notado sangre en mi orina.</p> <p>487. Me rindo fácilmente cuando las cosas me van mal.</p> <p>488. Rezo varias veces a la semana.</p> <p>489. Me compadezco de las personas que generalmente se aferren a sus penas y problemas.</p> <p>490. Leo mi libro de oraciones (o la Biblia) varias veces a la semana.</p> <p>491. No tolero a la gente que cree que sólo hay una religión verdadera.</p> <p>492. Me produce terror la idea de un terremoto.</p> <p>493. Prefiero el trabajo que requiere concentración a un trabajo que me permite ser descuidado.</p> <p>494. Temo encontrarme en un lugar pequeño y cerrado.</p> <p>495. Generalmente "le hablo claro" a la gente a quien estoy tratando de mejorar o corregir.</p> <p>496. Nunca he visto las cosas dobles (esto es, nunca un objeto me ha parecido doble sin que me sea posible hacerlo aparecer como uno).</p> <p>497. Me gustan los cuentos de aventuras.</p> <p>498. Es bueno siempre ser franco.</p> <p>499. Tengo que admitir que a veces me he preocupado sin motivo alguno por cosas que no valían la pena.</p> <p>500. Rápidamente me vuelvo partidario absoluto de una buena idea.</p> <p>501. Generalmente hago las cosas por mi mismo, en vez de buscar a alguien que me enseñe.</p> <p>502. Me gusta hacerle saber a la gente lo que pienso acerca de las cosas.</p> <p>503. Es raro que yo apruebe o desaprobe con energía las acciones de otros.</p> | <p>504. No trato de encubrir mi mala opinión o lástima que me inspira una persona a fin de que esta no sepa mi modo de sentir.</p> <p>505. He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora.</p> <p>506. Soy una persona muy tensa.</p> <p>507. Frecuentemente he trabajado bajo personas que parece que arreglan las cosas de tal modo, que ellas son las que reciben el reconocimiento de una buena labor, pero que sin embargo atribuyan los errores a los otros.</p> <p>508. Creo que mi olfato es tan bueno como el de los demás.</p> <p>509. A veces me he es difícil defender mis derechos por ser muy reservado.</p> <p>510. La suciedad me espanta o me disgusta.</p> <p>511. Vivo una vida de ensueños acerca de la cual no digo nada a nadie.</p> <p>512. No me gusta bañarme.</p> <p>513. Creo que Cervantes fue más grande que Napoleón.</p> <p>514. Me gustan las mujeres hombrunas.</p> <p>515. En mi hogar siempre hemos tenido cubiertas nuestras necesidades básicas (tales como alimentación, vestido, etc.).</p> <p>516. Algunos de mis familiares se enojan muy fácilmente.</p> <p>517. No puedo hacer nada bien.</p> <p>518. A menudo me he sentido culpable porque he fingido mayor pesar del que realmente sentía.</p> <p>519. Algo anda mal con mis órganos sexuales.</p> <p>520. Generalmente defiendo con tenacidad mis propias opiniones.</p> <p>521. No me sentiría desconcertado si tuviera que iniciar una discusión o dar una opinión acerca de algo que conozco bien ante un grupo de personas.</p> |
|--|--|

PASE LA PAGINA

522. No le temo a las arañas.	545. Algunas veces sueño lo mismo una y otra vez.
523. Casi nunca me ruborizo.	546. Me gusta leer sobre historia.
524. No temo contraer una enfermedad o coger gérmenes de las perillas de las puertas.	547. Me gustan las fiestas y las reuniones sociales.
525. Ciertos animales me ponen nervioso.	548. Nunca asisto a un espectáculo sobre temas sexuales, si es que puedo evitarlo.
526. El porvenir me parece incierto.	549. Me acobardo ante las crisis, dificultades o problemas.
527. Los miembros de mi familia y mis parientes más cercanos se llevan bastante bien.	550. Me gusta reparar las cerraduras de las puertas.
528. No me ruborizo con mayor frecuencia que los demás.	551. Algunas veces estoy seguro de que los demás pueden decir lo que estoy pensando.
529. Me gustaría usar ropa cara.	552. Me gusta leer sobre ciencia.
530. A menudo siento miedo de ruborizarme.	553. Tengo miedo de estar solo en un sitio amplio al descubierto.
531. La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente aun en cosas sobre las que creía estar ya decidido.	554. Si fuera artista me gustaría dibujar niños.
532. Puedo soportar tanto dolor como los demás.	555. Algunas veces me siento a punto de una crisis nerviosa.
533. No padezco de muchos eructos.	556. Soy muy cuidadoso en mi manera de vestir.
534. Varias veces he sido él último en darme por vencido al tratar de hacer algo.	557. Me gustaría ser secretario (o secretaria) privado (a).
535. Siento la boca seca casi todo el tiempo.	558. Un gran número de personas son culpables de mala conducta sexual.
536. Me molesta que la gente me haga hacer las cosas deprisa.	559. Con frecuencia he sentido miedo de noche.
537. Me gustaría cazar leones en Africa.	560. Me molesta que se me olvide donde pongo las cosas.
538. Creo que me gustaría el trabajo de modisto (o modista).	561. Me gusta mucho montar a caballo.
539. No le tengo miedo a los ratones.	562. La persona hacia quien sentía mayor afecto y admiración cuando era niño fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
540. Nunca he sufrido de parálisis facial.	563. Me gustan más las historias de aventuras que las de amor.
541. Mi piel parece ser muy sensible al tacto.	564. Puedo dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros creen que no vale la pena hacerlo.
542. Nunca he tenido deposiciones (excretas) negras, parecida a la brea.	565. Siento deseos de tirarme cuando estoy en un sitio alto.
543. Varias veces por semana siento como si algo terrible fuera a suceder.	566. Me gustan las escenas de amor de las películas.
544. La mayor parte del tiempo me siento cansado.	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240
241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270
271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330
331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360
361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390
391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420
421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480
481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510
511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540
541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Dr. S. R. Hathaway y Dr. J. C. McKinley  
Trabajo editado y adaptado por el Dr. Rafael Navarro



Este es un producto desarrollado por la  
Editorial Medica  
Calle Nacional 5000, San José, C.R.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

