

2 y
109



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS,
OBTENIDAS POR EL MMPI, EN
PERSONAS ALERGICAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

MARTA ANGELICA MARTINEZ GARCIA

JOSE GERARDO OLMEDO DIAZ

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. PABLO SALVADOR REYES LOPEZ

CD. UNIVERSITARIA

1989

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**"CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS, OBTENIDAS POR EL MMPI,
EN PERSONAS ALÉRGICAS".**

INDICE:

Introducción.	5
CAPITULO I. ALERGIA.	
1.1	Concepto de Alergia. 8
1.1.1	Características del Fenómeno Alérgico. 9
1.2	Asma Bronquial. 11
1.2.1	Características Emocionales del Asma Bronquial. 13
1.3	Reacciones Urticáricas. 15
1.3.1	Variedades Clínicas. 16
1.3.2	Urticaria. 16
1.3.2.1	Topografía. 16
1.3.2.2	Morfología. 17
1.3.2.3	Sintomatología. 17
1.3.3	Etiología. 17
1.3.3.1	Procesos Psicológicos. 18
1.3.3.2	Agentes Contactantes. 18
1.3.3.3	Picadura de Diversos Insectos. 19
1.3.3.4	Aplicación de Diversas Drogas. 19
1.3.3.5	Alteraciones en el Aparato Digestivo. 19
1.3.3.6	Alteraciones Endócrinas. 19
1.3.3.7	Respuesta de Tipo Alérgico. 19

CAPITULO II. MARCO TEORICO.

2.1	Breve Historia de la Medicina Psicosomática.	22
2.2	Conceptos Actuales de la Medicina Psicosomática.	25
2.3	Comparación.	32
2.3.1	Conversiva.	33
2.3.2	Psicosomática.	34
2.3.3	Somatopsíquica.	35

CAPITULO III. INVESTIGACIONES RECIENTES.

3.1	Esquizofrenia - Alergia VS. Neurosis - Alergia.	36
3.2	Pacientes Alérgicos VS. Pacientes No Alérgicos.	37
3.2.1	Instrumentos.	37
3.2.2	Procedimiento.	38
3.2.3	Resultados.	38

CAPITULO IV. METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO ESTADISTICO.

4.1	Justificación.	42
4.2	Planteamiento del Problema.	42
4.3	Objetivo de la Investigación.	42
4.4	Tipo de Estudio.	43
4.4.1	Consistencia Entre Todos los Grupos.	43
4.4.2	Diferencia Entre Asma Bronquial y Síndrome Urticárico.	45
4.4.3	Diferencia Entre Grupo Femenino y Grupo Masculino.	46
4.5	Población - Selección de la Muestra.	47
4.6	Escenario.	48

4.7	Instrumentos.	48
4.7.1	Army y Beta.	48/53
4.7.1.1	Calificación.	54
4.7.1.2	Obtención del Coeficiente intelectual.	55
4.7.1.3	Interpretación.	56
4.7.2	Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota. (MMPI)	49/57
4.7.2.1	Administración.	57
4.7.2.2	Calificación.	57
4.7.2.3	Descripción de Escalas.	58
4.7.3	Entrevista.	52
4.8	Variables.	62
4.9	Hipótesis.	63
4.10	Procedimiento.	65
4.11	Procedimiento Estadístico.	66
4.11.1	Descripción Estadística.	67

CAPITULO V. RESULTADOS.

5.1	Perfiles de MMPI.	72
5.2	Cuadros con Niveles de Significancia.	104
5.3	Entrevista.	116
5.3.1	Información General.	116
5.3.2	Area Médica.	124
5.3.3	Area Sexual.	133
5.3.4	Area Emocional.	142

CAPITULO VI. DISCUSION.	147
CAPITULO VII. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.	
7.1 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).	153
7.2 Hipótesis.	155
7.3 Entrevista.	158
7.3.1 Area Médica.	158
7.3.2 Area Sexual.	159
7.3.3 Area Emocional.	159
7.4 Limitaciones.	164
7.5 Sugerencias para Futuras Investigaciones.	164
VIII. Bibliografía.	166
IX. Bibliografía Complementaria.	170

INTRODUCCION.

El presente documento tiene como propósito fundamental obtener los rasgos de personalidad de los pacientes con enfermedades alérgicas (asma bronquial y síndrome urticárico) para detectar, si es que existen, características psicopatológicas asociadas al padecimiento físico. Para este fin se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota ya que por su objetividad es la mejor prueba para evaluar la personalidad a través de la autodescripción, y dada la posibilidad de combinación de sus variables a través de las cuales es posible obtener características alteradas o patológicas de los sujetos, así como de sus recursos, su necesidad de recibir ayuda y la manifestación de sus mecanismos de defensa, lo que nos permitirá obtener una mejor comprensión de la problemática de los pacientes.

Generalmente las enfermedades han sido investigadas desde un enfoque médico; sin embargo, el ser humano es un organismo biopsicosocial y por lo tanto el estudio de las mismas puede llevarse a cabo a través de diferentes enfoques, incluyendo el psicológico.

Actualmente se reconoce que el factor emocional juega un papel determinante en la etiología de las enfermedades, y la teoría psicósomática ha cobrado interés al observarse la relación existente entre las reacciones físicas y psíquicas.

Algunas investigaciones de tipo psicológico se han realizado tomando como base la teoría psicósomática, enfocándose principalmente al estudio de padecimientos gastroenterológicos -gastritis, úlcera gástrica, colitis, etc.-; a diferencia de los fenómenos alérgicos, los cuales han sido poco estudiados para encontrar la interacción existente entre el padecimiento físico y emocional.

Los principales objetivos para la realización de este estudio son: comprobar si sujetos que padecen de una misma enfermedad muestran rasgos semejantes de personalidad -dado que algunos pacientes son altamente vulnerables a cualquier tipo de excitación emocional; mientras que otros, tienen un grado inferior de vulnerabilidad y sólo desarrollan síntomas cuando la reacción afectiva asume una forma patológica o es excesivamente severa- (1); detectar si estos rasgos de personalidad se asocian a características de tipo neurótico y si se diferencian de acuerdo al padecimiento y al sexo.

1. Alexander, F.C. y French, T.M.; (1968).; Pollock Psychosomatic Specificity; p. 57.

Algunos médicos y alergólogos -Diez Benavides, Lane y Storr, Cortés, Kolb -(2,3,4,5) consideran que el tratamiento alérgico no es del todo efectivo si ciertos aspectos de la personalidad se encuentran mal adaptados, por lo que es importante tomar en cuenta las características psicológicas del paciente.

Se ha observado frecuentemente que el paciente alérgico ha aprendido a resguardarse bajo esta deficiencia física para atender a deseos conscientes e inconscientes y obtener logros. De igual manera, el paciente logra evadir problemas que le resultan angustiantes y que comprometen la imagen que tiene de sí mismo o que proyecta hacia los demás.

2. Diez Benavides, M.;(1975).; Proceso Psicossomático Terapéutico; p. 693-697.
3. Lane, D. y Storr, A.; Que hay de cierto sobre el asma; p. 27.
4. Cortés Cortés, J. L. y Solís, R.:(1978); Alergia Clínica. Vol. I; p. 866-891.
5. Kolb, L. C.:(1976); Psiquiatría Clínica Moderna; p. 580.

CAPITULO I. ALERGIA.

1.1 Concepto de Alergia.

Se denomina así a la capacidad alterada de reaccionar de un organismo, cuando se expone al contacto con cualquier veneno orgánico (alérgeno), sea viviente o inerte. (6)

El término de alergia fue tomado de la raíz griega "allos" que designa la desviación con respecto al comportamiento normal. (6) El término fue creado por Von Piquet. (7)

La alergia es un estado de susceptibilidad específica exagerada de un individuo para una sustancia que es inocua en iguales cantidades y condiciones para la mayoría de los individuos de la misma especie. (8,9)

Para que el fenómeno alérgico se desencadene es necesario que se presente, lo que el Dr. Cortés llama, tripode indispensable:

- a) La presencia del alérgeno en cantidad suficiente.
- b) La existencia de los anticuerpos.

6. Cortés Cortés, J. L. y Solís, R.; (1978); Alergia Clínica. Vol. II; p. 57-70.
7. De Sarasqueta, P.; (1980); Alergia en la Infancia; p. 5-13.
8. Diccionario Médico-Biológico University; (1966).
9. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas; (1978)

c) El órgano de choque, o sea, el sitio en que se objetiviza la reacción.

Se llama alérgeno al cuerpo extraño que induce a un organismo a cambiar su sensibilidad por haberse incorporado a él, una o más veces. (6)

El antígeno es una sustancia que introducida en un organismo animal, provoca la formación de anticuerpos. (6,8,9).

El anticuerpo es una sustancia específica de la sangre y líquidos de los animales inmunes, producida como reacción a la introducción de un antígeno y ejerce una acción antagónica específica sobre la sustancia por cuya influencia se ha formado. Es el agente de la inmunidad adquirida.

1.1.1 Características del fenómeno alérgico. (6)

A continuación se señalan los lineamientos que permiten afirmar la existencia de manifestaciones alérgicas.

a) Se trata de un proceso patológico funcional, es decir, cuando es puro no provoca alteraciones lesionales irreversibles, haciéndolo sólo cuando existe algún otro

6. Cortés Cortés, J. L. y Solís, R.; op. cit. p.58 y 67

8. Diccionario Médico - Biológico University; op. cit.

9. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas; op. cit.

procedimiento intercurrente o se repite el paroxismo con demasiada frecuencia durante mucho tiempo.

- b) En la mayoría de las ocasiones es posible encontrar uno o más desencadenantes y, mediante las pruebas indicadas, corroborarlos.
- c) Es frecuente la presencia de antecedentes alérgicos personales o familiares, siendo ellos de gran ayuda para la integración del diagnóstico correcto, sobre todo en los casos dudosos.
- d) En general, cuando no existen complicaciones, la sintomatología alérgica cede o disminuye considerablemente con la administración de fármacos sintomáticos.
- e) Salvo en aquellos casos en que la intensidad del paroxismo es de un dramatismo extraordinario, las manifestaciones alérgicas pueden llegar a ser muy molestas, pero en estado puro no ponen en peligro la vida del enfermo.
- f) La terapéutica, por más intensa y cuidadosa que sea, en la mayoría de las ocasiones no conduce a una desensibilización total; sólo se llega a alcanzar cierta hiposensibilidad.

- g) Para que se desencadene el fenómeno alérgico, es condición indispensable que haya existido un primer contacto, que en ocasiones se establece a través de la leche de la madre o de la sangre placentaria.
- h) Las reacciones alérgicas son estables, es decir, duran con mayor o menor intensidad durante determinados periodos de tiempo.
- i) Para afirmar el criterio de la naturaleza alérgica de cualquier síndrome se debe tener en cuenta:
1. Los síntomas característicos deben resultar del contacto natural con una sustancia que no los provoque en la mayoría de los demás individuos.
 2. Deben desaparecer cuando la sustancia sospechada sea evitada o prevenida.
 3. La reacción original debe ser capaz de inducirse artificialmente cuando se vuelva a poner en contacto al paciente con el alérgeno.

1.2 Asma Bronquial.

Se entiende por asma bronquial un síndrome caracterizado por obstrucción paroxística y patológica de los pequeños bronquios, en especial de los bronquiolos terminales, ocasionada por congestión y edema de la mucosa bronquial, espasmo en su musculatura lisa, hipersecreción de sus

glándulas mucosas, retención de exudados dentro del árbol bronquial, y retardo en el movimiento de los cilios del epitelio bronquial, el cual está determinado por bloqueo de los receptores. (10)

En la etiología del asma bronquial encontramos, en primer lugar, factores de tipo predisponente: herencia, raza, contaminación ambiental, tareas ocupacionales e infecciones.

Está demostrado que cuando la madre sufre alergias, el 50% de su descendencia sufrirá afecciones alérgicas; cuando es el padre quien tiene la carga genética, solamente el 25% de la progenie sufrirá afecciones alérgicas, y cuando son el padre y la madre se eleva al 75%. Esto es valedero para el asma bronquial de tipo alérgico. (10)

No existe ninguna raza humana que escape a la posibilidad de contraer asma bronquial. Hay evidencias que cualquier individuo es susceptible de sufrir asma bronquial, en algún momento de su vida, en porcentaje variable de acuerdo con las circunstancias genéticas y ambientales.

Dentro de la etiología del asma bronquial encontramos factores precipitantes no específicos, tales como ejercicio.

10. Pérez Lozano, A.; (1979); Bronconeumopatías Inmunoalérgicas; p. 334-335.

respiración angustiosa, irritantes en la atmósfera y stress emocional.

A pesar de que todos están de acuerdo en que el asma aparece en individuos con una predisposición constitucional, en la actualidad hay informes de múltiples casos en los cuales los ataques se iniciaron ante hechos distintos a la presencia de un antígeno específico. (2,3,5)

Algunos autores consideran que el acceso asmático es una respuesta condicionada, es decir, se convierte en un reflejo condicionado.

1.2.1 Características Emocionales del Asma Bronquial.

La hiperventilación conduce hacia el espasmo bronquial; si se produce angustia y ésta precipita dicha hiperventilación, tal secuencia también puede ser la causa de que se inicie el episodio asmático. Freeman y sus colaboradores han encontrado que cifras tan altas como el 75% tienen un claro componente emocional.(11)

2. Díez Benavides, M.; op. cit.; p. 694.
3. Lane, D. y Storr, A.; op. cit.; p. 84-85.
5. Kolb, L. C.; op. cit.; p. 579.
11. Feingold, B. F., Freeman, E. H., Gornan, F. J., Schlesinger, K.;(1964).; Psychological Variables in Allergic Disorders; p. 543-575

Oswald reportó que los pacientes con asma mostraron una tendencia a ser neuróticos, ansiosos e introvertidos. (12). Para ello se basó en dos tipos de pruebas de personalidad: el Inventario de Personalidad de Eysenk, forma A y la Forma de Autoanálisis de Catell.

Purcell ofreció la conclusión tentativa de que los síntomas de niños asmáticos que tienen recuperaciones rápidas están estrechamente asociados con conflictos neuróticos y reacciones afectivas. (12)

Hence Miklich refiere que las emociones de angustia y excitación y las conductas de gritar y reírse provocan que el individuo tenga respiraciones cortas (no profundas); y Fal y Miklich estimularon a niños asmáticos con episodios de miedo y enojo, con lo que provocaron que los niños tuvieran respiraciones cortas. Las respiraciones cortas producen hiperventilación y ésta, puede desencadenar accesos asmáticos. (12).

Cuando la ansiedad está presente durante un acceso, es mucho más probable que se deba a una respuesta psicológica natural relacionada con la enfermedad. Aún en el asma alérgica clásica, las exacerbaciones ocasionalmente son precipitadas

12. Ellis, E., Middleton, E. Jr., Reed, Ch.; citan a Oswald, Purcell y Fal y Miklich; (1978); Asthma Psychologic Aspects and Management.; p. 799

por angustia emocional. Además, hay algunos individuos en quienes la ansiedad provocada por un acceso, ocasiona una respuesta ventilatoria exagerada y un broncoespasmo posterior más severo. (12)

1.3 Reacciones Urticáricas.

Las reacciones urticáricas constituyen un síndrome que muestra un estado de inestabilidad vasomotora que puede tener expresión local o general, y con frecuencia repercute en diversos órganos y sistemas. (13)

Los síntomas locales se manifiestan por erupción, teniendo una serie de elementos característicos: pápulas, ronchas, edema, dando la sensación de comezón; de aparición brusca y evolución paroxística. Estas lesiones aparecen con más frecuencia en la piel o en las mucosas. (7,13)

Los síntomas generales casi siempre presentes expresan un estado de discreta o intensa excitabilidad psíquica.

Kolb (5) refiere que algunas clínicas de dermatología han informado que los factores psiquiátricos tienen importancia en más del 75% de sus pacientes.

5. Kolb, L. C.; op. cit.; p. 580
7. De Sarasqueta, P.; op. cit.; p. 6
12. Ellis, E., Middleton, E., Reed, Ch.; citan a Purcell; op. cit.; p. 800.
13. Radillo Avilés, S.; (1978); Reacciones Urticáricas.; p. 407-420.

1.3.1 Variedades Clínicas.

Según la intensidad, topografía y estrato de la piel en que se localiza la lesión, se pueden considerar tres variantes del síndrome: (13)

- a) Urticaria.
- b) Edema Angioneurótico.
- c) Dermografismo.

Para este estudio se trabajó con pacientes afectados por síndrome urticárico razón por la cual únicamente se definirá la sintomatología de este tipo.

1.3.2 Urticaria. (13)

1.3.2.1 Topografía.

Las lesiones no adoptan una localización característica. En ocasiones se presentan en zonas extensas del tronco o extremidades, tanto en la cara anterior como en la posterior; otras, se circunscriben a una región limitada como una mano o cuello; algunas veces son generalizadas y aparecen preferentemente en el tórax y abdomen.

1.3.2.2 Morfología.

La urticaria está constituida por un número variable de elevaciones eruptivas circunscritas, tensas, de color rosa pálido o blanco opalino, con aureola eritomatosa más extensa circundante a la lesión. Su consistencia es dura, su tamaño puede ser desde una cabeza de alfiler hasta varios centímetros.

La forma es variable, adoptan apariencia anular, lineal, irregular, etc.

1.3.2.3 Sintomatología.

El sistema subjetivo predominante es comezón, generalmente preeruptiva, que adopta diversos matices: sensación de ardor, cosquilleo y hormigueo; es más extensa y difusa que la lesión, y dura por regla general más tiempo que ella. Despierta siempre de modo reflejo la necesidad imperiosa de rascarse, acción que de momento la calma, pero que después la exacerba.

1.3.3 Etiología.

Las reacciones urticáricas pueden ser originadas por factores múltiples y presentarlas cualquier persona en grado diverso, cuando se ha expuesto a un mismo factor causal.

1.3.3.1 Procesos Psicológicos.

Es posible que la existencia de desequilibrio psicosomático en personas con labilidad neuro-vegetativa sea causa de este tipo de manifestaciones. Algunos autores llaman urticaria nerviosa a la producida por la acción directa de ciertos estados psíquicos y emocionales, como tensión, miedo, angustia, pudor, alegría, etc. (14)

Vallery Radet y Mauric (13), mencionan la existencia de urticaria cuya única causa es el desequilibrio neurovegetativo. Se observa especialmente en personas con labilidad vasomotora evidente, con intensas reacciones emotivas; en ellas, cualquier circunstancia, que para la mayoría de las personas normales son causa de una simple alteración vasomotora pasajera, da lugar a la erupción urticárica.

1.3.3.2 Agentes Contactantes.

Substancias de diverso origen: mineral, vegetal y animal pueden llegar a causar este síndrome por irritación local.

13. Radillo Aviles, S.; cita a Vallery Radet y Mauric; op. cit. p. 407-420.
14. Prado Huante, H.; (1978); Factores Psicogenéticos en los Padecimientos Dermatológicos; p. 854-865.

1.3.3.3 Picaduras de Diversos Insectos.

Por la inocuación que hacen de Acido fórmico.

1.3.3.4 Aplicación de Diversas Drogas.

Las más frecuentes son: antibióticos, histamina, morfina, hormonas u otros medicamentos.

1.3.3.5 Alteraciones en el Aparato Digestivo.

Pueden ser: estreñimiento o diarrea. También es frecuente que anomalías como: acidez gástrica, gastritis, problemas hepáticos o vesiculares, sean causa de urticaria.

1.3.3.6 Alteraciones Endócrinas.

Es posible se inicien en mujeres durante el embarazo, menstruación, menopausia; con disfunción de tiroides, ovarios o hipófisis. En pacientes del sexo masculino, el climaterio también puede influir para desencadenar reacciones.

1.3.3.7 Respuesta de Tipo Alérgico.

Se considera que los principales alérgenos, pueden ser tanto exógenos como endógenos. Los cuadros agudos son generalmente originados por alérgenos exógenos. En cambio, los padecimientos crónicos casi siempre son expresión de endógenos.

A. Alérgenos Exógenos.

Entre estos, se cita a los siguientes:

A.1 Ingestantes. Se considera como tales a los alimentos; los más comunes en nuestro medio: huevo, leche y derivados; cereales; nueces; chocolate; cacahuete; almendra; avellana; pistache; mariscos, pescados; fresa; etc.

A.2 Inyectantes. Entre los desecadenantes más frecuentes se tienen: sueros, antitoxinas, antibióticos, vitaminas, así como transfusiones y plasma sanguíneo.

A.3 Contactantes. Como principales alérgenos de este tipo se encuentra la lana, los cosméticos, detergentes, jabones, insecticidas, sulfas y penicilinas, mercurio, dentrífico, gotas nasales y oculares, productos para la higiene genital, etc.

A.4 Inhalantes. Entre ellos encontramos polvo, plumas, algodón, seda y lana, del mismo modo, inhalaciones de flores o pólenes, cereales o tabaco inducen presencia de lesiones.

A.5 Agentes Físicos. La exposición al sol, al frío o al calor pueden provocar las reacciones mencionadas.

B. Agentes Endógenos.

Entre estos, se encuentran:

B.1 Agentes Infecciosos. En muchas ocasiones cualquier forma de infección exacerba o mantiene manifestaciones dermatológicas urticáricas. En este grupo de alérgenos se mencionan gérmenes patógenos localizados a focos circunscritos en amígdalas, dientes, senos paranasales, oído medio, bronquios, apéndice, vesícula biliar, vejiga, matriz, próstata, tracto urinario, etc., y otros agentes patógenos que pueden ocasionar infecciones generales como gripe, reumatismo, varicela, tosferina, escarlatina.

B.2 Parásitos. Entre estos alérgenos endógenos se consideran los ascaris, tenias, oxiuros, tricocéfalos, amibas, lamblías, etc. (13)

13. Radillo Avilés, S.; op. cit.; p. 407-420.

CAPITULO II. MARCO TEORICO.

2.1 Breve Historia de la Medicina Psicosomática.

La medicina psicosomática se encuentra íntimamente relacionada con el desarrollo general de la medicina.

Cicerón (106-42 a.C.) puede ser considerado como el primer psicosomatista, ya que refirió que los dolores del cuerpo humano podían ser el resultado de factores emocionales. (15,16)

Durante la Edad Media el avance científico sufrió un estancamiento por cerca de quince siglos, siendo los aspectos religiosos fundamentales para toda explicación: considerándose las enfermedades mentales y somáticas como causa de pecado; o que el demonio estaba dentro del cuerpo humano y que debería ser expulsado para la recuperación del enfermo.

En 1803 es publicado el primer tratado de Psiquiatría por Christian Reil (1759-1813), profesor de la Universidad de Berlín, quien insistía que las enfermedades mentales deberían tener tratamiento psicológico. (16)

15. Wolman, B.; (1965); Handbook of Clinical Psychology.; p. 857.
16. Larroyo, F.; (1968); Sistema e Historia de las Doctrinas Filosóficas.; p. 287.

En 1818 el psiquiatra alemán Johann Christin Heinroth utilizó por primera vez el término "psicosomático" para referirse a los efectos somáticos de conflictos psicológicos. (17)

A mediados del siglo XIX, Carlos Gustavo Carus (1789-1869), médico alemán, en su libro "Psyche", postuló que la clave para el conocimiento del ser consciente del hombre, se halla en la esfera del inconsciente y consideró, como lo hizo más tarde George Groddek, que todas las enfermedades mentales y físicas eran el resultado de procesos mentales inconscientes. (15)

En la segunda mitad del siglo XIX, en Alemania, Wilhem Griesinger, y en Inglaterra Henry Maudsley, ambos psiquiatras, pidieron que las especulaciones filosóficas y psicológicas fuesen eliminadas de la Psiquiatría y que los desórdenes mentales se explicaran en base a la patología orgánica. (15)

El aproximamiento científico de finales del siglo XIX y principios del XX, dividió al organismo en órganos y sistemas, intentando estudiarlos aisladamente y sin la integración de sus partes.

15. Wolman, B.; op. cit.; p. 857.

17. Stainbrook, F.; (1952); Psychosomatic Medicine in the nineteenth century; p. 14 y 211.

Finalmente, Juan Martín Charcot (1825-1893) neurólogo francés, hizo estudios sobre enfermedades mentales, particularmente sobre histeria, demostrando experimentalmente que las ideas tienen importante influencia en los desórdenes orgánicos, formando así parte de enfermedades psíquicas. Fue él quien influyó en Freud, para llevar a cabo exploraciones de los fenómenos mentales inconscientes, y le enseñó que es preciso recurrir a la psicología para estudiar la neurosis histérica. (15,16)

Freud tuvo opositores en todos los sentidos, ya que los estudios y terapias que inició fueron considerados como charlatanías y no científicos. (15) Freud observó que los síntomas histéricos -como parálisis- podían desaparecer por sugestión o por simple relato. Bajo su influencia, la división de la psiquiatría entre lo orgánico y lo psicológico fue más clara.

Actualmente el aproximamiento psicósomático realiza un esfuerzo por unir estas dos orientaciones.

15. Wolman, B.; op. cit.; p. 857.

16. Marthe, R.; (1978); La Revolución Psicoanalítica. p. 68-81.

2.2 Conceptos Actuales de la Medicina Psicosomática. (15)

La aproximación psicosomática está sujeta a ciertos postulados básicos:

El primero se refiere a que todos los procesos psicológicos deberían estar sujetos a un riguroso examen científico y que todas aquellas palabras que refieran algún tipo de emoción como ansiedad y tensión, sean definidas para que puedan ser estudiadas con los métodos avanzados de la psicología dinámica y poder correlacionarlas con respuestas orgánicas.

El siguiente postulado menciona que la investigación psicosomática puede ser aplicada a la mayoría de los fenómenos que tienen lugar en el organismo vivo, ya sean de tipo orgánico o psicológico. A pesar de que los procesos psicológicos se perciben subjetivamente, es posible estudiarlos a través de métodos del mismo tipo, principalmente la comunicación verbal. Por otro lado, los estímulos psíquicos influyen directa e indirectamente en los procesos orgánicos, ya que todo organismo está constituido por una unidad en la que el cerebro es el centro integrador más elevado del sistema nervioso.

15. Wolman, B.; op. cit.; p. 857.

El tercero postula que las observaciones psicológicas deben correlacionarse con sus concomitantes fisiológicas para hacer posible la estandarización objetiva de los métodos.

El último refiere que algunos fenómenos psicofisiológicos pueden estudiarse mejor a través del modelo psicosomático y otras a través del modelo somatopsíquico.

Los dos modelos anteriormente citados, no son básicamente diferentes. En el modelo psicosomático una situación emocional lleva a un cambio en el organismo, como una disfunción o una enfermedad; en tanto que en el modelo somatopsíquico, se observará que los cambios emocionales que suceden después de que se ha dado la enfermedad o desorden fisiológico. Pero ya se ha hecho énfasis en que un organismo no puede dividirse en físico y emocional, sino que necesariamente forma una unidad indivisible, interactuante en todas sus partes y con muy pocas posibilidades de determinar como causa, a un sólo factor para el desencadenamiento de algún desorden, ya sea de tipo físico o emocional.

El intento psicosomático trata de unir estas dos concepciones que se han marcado por las diferentes corrientes que se han desarrollado dentro de la ciencia, por un lado la psiquiatría y ciencias afines, y por el otro, la medicina científica. Esta separación tuvo lugar a causa de

los grandes adelantos que tuvo la medicina dentro del siglo XIX en Química, Biología, Física y Fisiología. Sin embargo, con la contribución de Freud a la Psicología, fue posible aclarar muchos puntos y definir el campo de estudio en esta Área, tomando una dirección totalmente nueva.

Freud proporcionó el primer método sistemático para el estudio de la personalidad humana, demostró que gran parte del comportamiento humano está determinado por motivaciones inconscientes y desarrolló una técnica por medio de la cual, el inconsciente podía volverse consciente, manifestando que el organismo debe ser estudiado en su totalidad, como una sola unidad.

El psicoanálisis proporcionó así, el punto de vista preciso para lograr su aceptación en la medicina clínica. La investigación psicosomática está envuelta en un nuevo y complejo estudio, debido a la multicausalidad de las enfermedades.

Freud demostró que las emociones ajenas al ego y más afines al ello, las cuales eran reprimidas y no podían ser reveladas por los canales normales de comunicación de actividad voluntaria, pudieran ser creadoras de disfunciones crónicas físicas y psíquicas. Por ejemplo, un conflicto emocional prolongado podría crear un desorden físico crónico -histeria de conversión-. En la histeria de conversión el

impulso psicológico motivante es el inconsciente y los síntomas histéricos están de acuerdo con el individuo; algunas veces son creaciones únicas del paciente, inventadas por él, para expresar su represión particular. (19)

En 1932 Franz Alexander propuso un modelo teórico para explicar el mecanismo de las enfermedades psicofisiológicas, en el que mucho se apoya el trabajo actual y la investigación en este campo. Postuló que el desarrollo de desórdenes psicósomáticos están en función de concomitantes fisiológicos, psicológicos y de trauma. (1)

Explica que un estado de excitación emocional provocado por motivos psicológicos da origen a una reacción fisiológica, alterando el equilibrio de un organismo y provocando un síntoma psicósomático y de enfermedad. De tal manera, una persona que sufra de ansiedad, cólera o pena, bajo condiciones normales, no desencadenará mayores problemas físicos si tiene una personalidad sana; en tanto que se propicia el desarrollo de una enfermedad psicósomática cuando existe un alto grado de vulnerabilidad orgánica, junto con un desorden emocional. (1)

1. Alexander, F. C. y French, T. M.; op. cit.; p. 58.
19. Freud, S.; (1973); Obras Completas; p. 39-50.

En 1952, la Asociación Psiquiátrica Americana (20) reconoció la ambigüedad en el uso de la palabra psicósomático y acuñó, en su nomenclatura estándar, la designación: "desórden psicofisiológico autónomo y visceral" para nombrar desórdenes específicos de varios sistemas orgánicos. La definición es la siguiente:

"Los síntomas se deben a un estado crónico exagerado de la expresión normal fisiológica de emoción... tales estados viscerales prolongados largamente pueden, en ocasiones, conducir a cambios estructurales". (20)

"Este grupo incluye las llamadas órgano-neurosis. Además de una amplia variedad de términos de diagnóstico, tales como: estado de ansiedad, neuro-cardíaca, neurosis-gástrica, etc." (20).

Actualmente, el papel de factores emocionales relacionados con enfermedades orgánicas y viscerales, tales como la úlcera péptica, es generalmente aceptado. Sin embargo, aún queda mucho por demostrar de la influencia de estos factores en el desarrollo, mantenimiento y prolongación de otras enfermedades.

20. Kaplan. H. F. y Kaplan, H. S.; (1956); An historical Survey of Psychosomatic Medicine; p. 124 y 546.

Fenichel (21) denomina síntomas órgano-neuróticos a aquellos impulsos inconscientes que motivan un desorden fisiológico.

Kolb menciona que: "es muy probable que un paciente que sufre un trastorno físico grave y progresivo, desarrolle una respuesta psicológica a éste, ya sea, represión, negación o tal vez una exageración de los síntomas con objeto de lograr atención y comprensión. En ocasiones, el daño que la vida emocional y la salud mental del paciente sufre debido a una enfermedad o invalidez somática, es más grave y permanente que los resultados físicos de la lesión orgánica. Por lo tanto, no sólo la enfermedad o invalidez misma, tienen importancia psiquiátrica, sino también lo que significa la enfermedad para cada individuo, con frecuencia, el significado de la enfermedad o de sus síntomas adquieren enorme importancia para la persona". (5)

Kolb afirma que entre los principales motivos que retardan la recuperación del enfermo, se encuentran: el autocastigo, el deseo de ser importante, la venganza o la protesta. Otra circunstancia que produce una convalecencia prolongada es cuando una enfermedad física definida se acompaña de componentes psíquicos o emocionales que no son tratados conjuntamente. (5)

5. Kolb, Lawrence C.; op. cit.; p. 544-547.

21. Fenichel, O.; (1966); Teoría Psicoanalítica de las Neurosis; p. 272.

Kolb refiere que las enfermedades psicósomáticas son de tres tipos: (5)

Las del primer tipo reciben el nombre de funcionales, en las cuales los enfermos sufren de diversos síntomas físicos, pero no tienen una enfermedad corporal a la que puedan atribuirse dichos síntomas, ni puede afirmarse que estos padecimientos sean de origen emocional.

Las del segundo tipo son padecimientos físicos de origen emocional. La alteración patológica que resulta de la acción de las causas emocionales, llega a un punto en el que ya no es reversible.

Al tercer tipo pertenecen los padecimientos físicos con componente emocional, en este tipo el paciente sufre de un padecimiento orgánico real, pero algunos de sus síntomas no se originan en éste sino en factores mentales, tal vez debidos a la angustia que surge de alguna situación que tiene relación con otras personas. En este tipo de trastornos, la invalidez del enfermo no guarda proporción con la enfermedad física. (5)

Este autor menciona que la angustia subyacente que originó el síntoma y que amenaza con abrirse paso a través de las

5. Kolb, L. C.; op. cit.; p. 544-547 y 551-552.

defensas insuficientes del sujeto, ejerce cada vez mayor influencia. Por lo tanto, de alguna manera, puede considerarse que el sintoma psicossomático es una medida de urgencia que el paciente utiliza para impedir que la angustia lo agobie. (5)

Define también, que es probable que de manera consciente desee alivio para su sintoma neurótico defensivo, y que el enfermo psicossomático, al igual que el neurótico, tiene una resistencia inconsciente a renunciar a las medidas que son por completo, o en parte, defensivas.

Afirma que el paciente se niega a aceptar que sus síntomas tienen origen psicológico y se aferra a la idea de que son únicamente por causas somáticas. (5)

Plantea que uno de los objetivos del tratamiento, es ayudar al paciente a que entienda la relación existente entre sus síntomas y los desajustes de su personalidad, que son una fuente de angustia. (5)

2.3 Comparación.

Como puede observarse, los autores que se han mencionado a lo largo de este capítulo coinciden en que el esquema psicossomático tiene diferencias cualitativas. A continuación

5. Kolb, L. C.; op. cit.; p. 544-547 y 551-552.

trataremos de resumir las principales características del esquema psicósomático, en las que coinciden los autores ya referidos.

2.3.1 Conversiva.

Las enfermedades psicósomáticas originadas por características puramente psicológicas y que desencadenan una serie de síntomas orgánicos, sin bases biológicas; pero que sin embargo, pueden crear disfunciones orgánicas y se pueden prolongar por un periodo de tiempo excesivo. En este grupo, la presencia de la sintomatología tiene el propósito de que el sujeto manifieste un mensaje por un canal de comunicación inadecuado. Estos motivantes psicológicos son factibles de conocer, si se hace el tratamiento adecuado.

Encontramos que a este grupo pertenece, por ejemplo, la histeria de conversión, que es una expresión simbólica de un conflicto psicológico emocionalmente cargado, el cual intenta encontrar descarga de la tensión emocional, solucionando de alguna manera el problema que tiene; y como ventaja secundaria se puede obtener apoyo, atención, comprensión, etc., convirtiéndose así, en un manipulador del ambiente a su propia conveniencia.

La manifestación de síntomas es sensorial o motora. El

Órgano que ha sido elegido para manifestar esta descarga emocional no está fisiológicamente lesionado. Sin embargo, como Freud demostró, una parálisis histérica de un miembro por un tiempo prolongado, puede ocasionar daños degenerativos en los músculos y articulaciones; o, conflictos emocionales que causan frecuentes variaciones en la presión de la sangre, tarde o temprano, pudieran ocasionar una elevación crónica de la presión sanguínea, con cambios vasculares y daños irreversibles. (15)

2.3.2 Psicósomática.

Enfermedades psicósomáticas, en las que no se conoce el factor psicológico, ni tampoco si cumple la función de expresar algo que el enfermo quiera transmitir, pero si se sospecha que la presencia de la enfermedad tiene bases psicológicas. Es una respuesta adaptativa psicológica de los órganos vegetativos y del sistema nervioso autónomo a constantes y periódicos estados emocionales. Todo ello se produce por el fracaso de los mecanismos de defensa para proteger a la personalidad contra la excitación excesiva de que es objeto la persona, lo cual contribuye a la precipitación de la enfermedad. Se origina en las áreas cortical y subcortical del cerebro y abarca el Sistema

15. Wolman, B.; op. cit.; p. 858.

Nervioso Autónomo y desórdenes viscerales, influyendo por vía corticotálámica y autónoma. (15,22)

A este grupo pertenecen las órgano-neurosis de Fenichel o, como las llama Kolb, "enfermedades funcionales", también se les ha denominado "desórdenes psicofisiológicos". Un ejemplo de estos podría ser la úlcera péptica, en la que el sujeto no es capaz de responder a través de sus mecanismos de defensa a una situación ambiental y de esta manera es como su organismo "se adapta" a la estimulación, sin tener la úlcera ninguna representación simbólica.

2.3.3 Somatopsíquico.

Las enfermedades somatopsíquicas, son las que presentan una enfermedad física real y a partir de la cual se generan un conjunto específico o inespecífico de síntomas de origen emocional, con los que el paciente logra satisfacer sus necesidades conscientes e inconscientes.

15. Wolman, B.; op. cit.; p. 858.

22. Nava Segura, J.; (1976); Neuroanatomía Funcional; p. 125-149.

CAPITULO III. INVESTIGACIONES RECIENTES.

Pocas en realidad han sido las investigaciones encaminadas a correlacionar factores emocionales y fenómenos de tipo alérgico. Sin embargo, los resultados que de éstas se han obtenido, han sido bastante significativos.

3.1 Esquizofrenia - Alergia vs. Neurosis - Alergia.

McAllister y Hencker (23) encuentran una frecuencia de signos físicos de alergia de un 2.9% en una serie de 1341 casos de esquizofrenia. En este mismo grupo de pacientes se detectó una historia positiva de alergia en un 5.7%. En la serie de control no psicótica, un 16% presentaron signos físicos y un 12.9% tenían una anamnesis positiva de alergia.

La escasa frecuencia de fenómenos alérgicos en psicóticos y la reaparición de ellos cuando se produce una mejoría, es uno de los mejores argumentos para creer que éstos síntomas, además de componentes fisiológicos, son manifestaciones que se presentan con mayor agudeza en características de tipo neurótico.

23. Bellak, L.; (1962); Esquizofrenia.; p. 44 y 623

3.2 Pacientes Alérgicos VS. Pacientes No Alérgicos.

Agarwal y otros(24), en 1977, llevaron a cabo un estudio con pacientes que padecían de:

- a) síndrome urticárico.
- b) asma bronquial.
- c) rinitis.

3.2.1 Instrumentos.

Utilizaron diferentes tipos de pruebas para la obtención de características de la personalidad que arrojaran datos de factores de tipo psicogenético involucrados con la enfermedad, tales pruebas fueron:

- a) ITPA (dieciséis factores de la personalidad) de Catell, auxiliándose con las escalas adicionales de neurosis y ansiedad.
- b) Frases Incompletas de Sacks.
- c) Historia Clínica. Se realizó una detallada historia Clínica con énfasis particular en la exploración de conflictos personales y familiares.

24. Agarwal, K. y Sethi, J.P.; (1978); A Study of Psychogenetic Factors in Bronchial Asthma.; p. 191-198

- d) **Exámen Físico.** Los pacientes estuvieron sujetos a un exámen físico y a una serie de pruebas alérgicas especiales para determinar la fisiopatología de cada grupo.

3.2.2 Procedimiento.

Las características del grupo control, fueron las siguientes:

- a) Ningún padecimiento de tipo alérgico anterior.
- b) No haber sufrido ningún acceso de disnea (dificultad al respirar, como asfixia).
- c) Un récord normal de enfermedades y accidentes.
- d) Ningún desórden emocional.
- e) Ninguna diferencia significativa entre la inteligencia y el uso de ésta.

Los rangos de edad fluctuaban de 11 a 50 años.

3.2.3 Resultados.

Los factores desencadenantes de reacciones alérgicas se presentaron de la manera siguiente:

FACTORES PRECIPITANTES	ASMA	SINDROME URTICARICO	RINITIS
------------------------	------	------------------------	---------

Alérgico	10%		50%
Psicológico	15%		
Alérgico y Psicológico	50%	16.7%	50%
Alérgico e Infeccioso	5%		
Psicológico e Infeccioso	5%	33.3%	
Alérgico, Infeccioso y Psicológico.	15%		

Los datos obtenidos en la prueba de Catell, que resultaron estadísticamente significativos, fueron los siguientes:

Los pacientes asmáticos obtuvieron un puntaje menor en el factor C y en el F, en comparación con el grupo control, con un $P < .01$. Tuvieron un puntaje mayor en el factor Q4 con respecto al grupo normal con $P < .01$.

Simultáneamente, los pacientes con síndrome urticárico obtuvieron un puntaje menor en los factores C y F y más en el factor I en relación al grupo control con $P < .01$.

No hubo diferencias significativas entre el grupo control y el grupo con rinitis alérgica.

DESCRIPCION DE PUNTAJE MENOR	FACTOR	DESCRIPCION DE PUNTAJE MAYOR
---------------------------------	--------	---------------------------------

DEBILIDAD DEL YO

C

FUERZA SUPERIOR DEL YO

Afectado por sentimientos, menos estable emocionalmente, facilmente perturbable, alterable.

Estable emocionalmente, maduro, enfrenta la realidad, calmado.

RETRAIMIENTO

F

IMPETUOSIDAD

Sobrio, taciturno, serio, silencioso, introspectivo, preocupado.

Entusiasta, precipitado, despreocupado, conversador, alegre, franco.

SEVERIDAD

I

SENSIBILIDAD EMOCIONAL

Calculador, rechaza las emociones, no sentimental, confiado en si mismo.

Afectuoso, sensitivo, dependiente, sobreprottegido, inquieto.

TRANQUILIDAD

Q4

TENSION

Relajado, tranquilo, no frustrado, sereno.

Tenso, frustrado, impulsivo, sobreexcitado.

En la escala que mide neurosis, los grupos de síndrome urticárico y asma bronquial obtuvieron un puntaje alto en comparación con el grupo control con $P < .001$. En la escala de ansiedad los pacientes asmáticos tuvieron una elevación con respecto al grupo control con $P < .001$.

CAPITULO IV. METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO ESTADISTICO.

4.1 Justificación.

En la mayoría de las ocasiones, la alergia ha sido estudiada desde el punto de vista médico, y pocos han sido los intentos de buscar otro tipo de enfoque que pudiera proporcionar mayor información de la misma. No es intención de este estudio hacer creer que la alergia es causada por factores emocionales, sino que contribuyen a mantener y prolongar el desencadenamiento alérgico.

4.2. Planteamiento del Problema.

Demostrar a través del MMPI, que las enfermedades alérgicas tienen un trasfondo de contenido emocional y dado que el inventario es sensible para detectar características psicológicas, nos puede indicar el perfil típico de estos pacientes.

4.3 Objetivo de la Investigación.

Determinar la posible existencia de trastornos de la personalidad en pacientes alérgicos. Esperándose obtener rasgos de tipo psiconeurótico en los mismos, a diferencia del resto de la población.

Demostrar que sería favorable que el paciente alérgico, además de recibir atención médica, específicamente necesaria, también sería recomendable que recibiera el apoyo psicológico adecuado, ya que estos padecimientos, en su generalidad, no sólo se deben a un problema puramente físico sino también psíquico.

4.4 Tipo de Estudio.

El diseño de investigación que se utilizó es el denominado "EX POST FACTO". La definición de este tipo de investigación es: "Investigación empírica sistemática en la que el científico no tiene control directo de variables independientes, porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Se hacen inferencias acerca de relaciones entre variables sin intervención directa, partiendo de variación concomitante de variables independientes y dependientes". (25)

4.4.1 Consistencia Entre Todos los Grupos.

Para demostrar que existe consistencia entre los diferentes grupos (sexo y padecimiento) y la interacción de estas variables con niveles de significancia al .05 como mínimo, y para demostrar que existen diferencias significativas contra los puntajes obtenidos de población mexicana al .05

25. Kerlinger, F.; (1975); Investigación del Comportamiento.; p. 395.

como mínimo, se hicieron las siguientes comparaciones:

- a) 30 sujetos de sexo masculino, 15 asmáticos y 15 de síndrome urticárico, contra 30 sujetos de sexo femenino, 15 asmáticos y 15 de síndrome urticárico.
- b) 30 sujetos de padecimiento asmático, 15 hombres y 15 mujeres, contra 30 sujetos de padecimiento urticárico, 15 hombres y 15 mujeres.
- c) 15 sujetos femeninos con asma bronquial contra 15 sujetos masculinos con asma bronquial.
- d) 15 sujetos femeninos con síndrome urticárico contra 15 sujetos masculinos con síndrome urticárico.
- e) 15 sujetos masculinos con asma bronquial contra 15 sujetos masculinos con síndrome urticárico.
- f) 15 sujetos femeninos con asma bronquial contra 15 sujetos femeninos con síndrome urticárico.
- g) 15 sujetos femeninos con síndrome urticárico contra 15 sujetos masculinos con asma bronquial.
- h) 15 sujetos femeninos con asma bronquial contra 15 sujetos masculinos con síndrome urticárico.
- i) 30 sujetos femeninos, 15 con asma bronquial y 15 con síndrome urticárico, contra los puntajes medios de

la población mexicana femenina, para obtener diferencias significativas al .05 como mínimo. (26)

- j) 30 sujetos masculinos, 15 con asma bronquial y 15 con síndrome urticárico, contra los puntajes medios de población mexicana masculina, para obtener diferencias significativas al .05 como mínimo. (26)

4.4.2 Diferencia entre Asma Bronquial y Síndrome Urticárico.

Para demostrar que existe mayor elevación en las escalas clínicas del MMPI en los perfiles del grupo asmático en comparación con el grupo de síndrome urticárico con niveles de significancia al .05 como mínimo, se hicieron las siguientes comparaciones:

- a) 30 sujetos de padecimiento asmático, 15 hombres y 15 mujeres, contra 30 sujetos de padecimiento urticárico, 15 hombres y 15 mujeres.
- b) 15 sujetos masculinos con asma bronquial contra 15 sujetos masculinos con síndrome urticárico.
- c) 15 sujetos femeninos con asma bronquial contra 15 sujetos femeninos con síndrome urticárico.

26. Fuentes Reyes, A. E., Mejía Tavera, E., Sandoval García, M. A.; (1979); "Estudio Normativo del MMPI en Cuatro Clases Socioeconómicas del D.F."; U.N.A.M.; p. 63.

- d) 15 sujetos femeninos con síndrome urticárico contra 15 sujetos masculinos con asma bronquial.
- e) 15 sujetos femeninos con asma bronquial contra 15 sujetos masculinos con síndrome urticárico.

4.4.3 Diferencia Entre Grupo Femenino y Grupo Masculino.

Para demostrar que existe mayor elevación en las escalas clínicas del MMPI del grupo femenino en comparación con el grupo masculino, con niveles de significancia al .05 como mínimo, se hicieron las siguientes comparaciones:

- a) 30 sujetos de sexo masculino, 15 asmáticos y 15 de síndrome urticárico, contra 30 sujetos de sexo femenino, 15 asmáticos y 15 de síndrome urticárico.
- b) 15 sujetos femeninos con asma bronquial contra 15 sujetos masculinos con asma bronquial.
- c) 15 sujetos femeninos con síndrome urticárico contra 15 sujetos masculinos con síndrome urticárico.
- d) 15 sujetos femeninos con síndrome urticárico contra 15 sujetos masculinos con asma bronquial.
- e) 15 sujetos femeninos con asma bronquial contra 15 sujetos masculinos con síndrome urticárico.

4.5 Población - Selección de la Muestra.

La población se constituye por 60 sujetos. 30 de padecimiento asmático, 15 hombres y 15 mujeres; y 30 pacientes con padecimiento urticárico, 15 hombres y 15 mujeres. Todos ellos comprendidos entre edades de 16 a 59 años.

Se trabajó con los pacientes de la consulta externa del servicio de Alergia que asiste al Hospital Juárez, de la Secretaría de Salud.

El método de la selección de la muestra que se empleó, fue el siguiente:

- a) Canalización de los pacientes que reunían las características antes mencionadas (edad y sexo), por parte del servicio médico.
- b) Todos los pacientes que fueron canalizados para formar parte de la muestra debían, además, obtener un Coeficiente de Inteligencia desde Normal Bajo en la Prueba de Army y Beta (proporcionándole ayuda cuando sea necesario, en la aplicación del MMPI). (27)

27. Nñez O., R.; (1979); Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología.; p. 15.

c) El nivel socioeconómico de la muestra se controló debido a que únicamente se obtuvo de un hospital público.

El tipo de muestra utilizada es una MUESTRA PROBABILISTICA POR CUOTA, la cual es una muestra estratificada que se compone de ciertas características, como son: edad, sexo y tipo de padecimiento (asma y síndrome urticárico).
(28)

4.6 Escenario.

Se trabajó en los consultorios de la Consulta Externa del Servicio de Alergia del "Hospital Juárez", de la Secretaría de Salud, ubicado en la zona centro de ésta Ciudad.

4.7 Instrumentos.

4.7.1 Army y Beta. (29)

Se recurrió a la utilización de esta prueba por la necesidad de detectar el nivel mental de los pacientes para formar el grupo de estudio, descartando además la falta de entendimiento al resolver el MMPI, que es la parte central en la que se apoya el estudio.

28. Campbell; (1983); Diseños Experimentales y Cuasi-Experimentales.
29. Grados, J.; (1979); Manual de Reclutamiento y Selección de Personal; Tomo I, 3a. Parte.

Se utilizó este tipo de instrumento porque la población tiene un grado escolar muy variable y algunas de las características de esta evaluación daba la solución al problema, siendo algunas de sus particularidades, las siguientes:

- A. Ser independiente de la información escolar y obtener la medición de las capacidades innatas y no de su acervo de conocimiento.
- B. Tener capacidad progresiva, suficientemente difícil para estimar una capacidad superior y bastante fácil para detectar a los sujetos de una inteligencia inferior.
- C. Calificación y aplicación sencilla, rápida y objetiva.
- D. Porque el material es atractivo y logra conservar la atención del examinado hasta el final de la misma.

4.7.2 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). (30)

El psicólogo Starke R. de Hathaway y el neuropsiquiatra J. Charnley McKinley, crearon un instrumento de evaluación de la personalidad que fue publicado en 1940. Actualmente es la mejor técnica de inventario en la evaluación de la personalidad.

- 30. López Sierra, A. J. y Reyes López, P. S.; (1977); U.N.A.M.; p. 4-42.

El MMPI permite una comparación cuantitativa, además de una valoración cualitativa.

Inicialmente el MMPI fue utilizado en la evaluación clínica, actualmente su uso se ha generalizado a diferentes campos de la psicología.

El mecanismo de calificación de la prueba y la elaboración del perfil resultante poseen un adecuado nivel de confiabilidad y validez, ya que dependen de marcos de referencia fijos, obtenidos a través de un proceso de estandarización en una determinada población.

Al interpretar el perfil, es fundamental tener en cuenta el contexto dentro del cual se administra el inventario, así como la edad del sujeto y algunas de las características socioculturales en las que se ha desarrollado la persona.

De las escalas desarrolladas y a través de sus 566 reactivos, un individuo define sus propias características de personalidad y la imagen que tiene de sí mismo.

El inventario se conforma de 10 escalas clínicas que reciben el nombre del síndrome que las identifica, aún de que no obstante en la actualidad resulte un tanto inadecuada la nomenclatura psiquiátrica, debido al uso que se le da al

instrumento en grupos normales, siendo las escalas las siguientes:

- 1 Hs Hipocondriasis
- 2 D Depresión
- 3 Hi Histeria
- 4 Dp Desviación Psicopática
- 5 Mf Masculinidad - Feminidad
- 6 Pa Paranoia
- 7 Pt Psicastenia
- 8 Es Esquizofrenia
- 9 Ma Mania
- 0 Si Sociabilidad

Además de las escalas clinicas existen cuatro escalas de validez, que son:

? (No puedo decir)

L

F

K

4.7.3 Entrevista

Se elaboró una entrevista con el objeto de contar con una información más detallada acerca de la muestra, contando con cuatro grandes rubros: socioeconómico, psicológico, médico y sexual.

Su aplicación consistió en preguntar a los sujetos pregunta por pregunta, siendo llenada por parte del entrevistador.

El tipo de reactivos fueron de tres clases:

- a) Cerrados.
- b) Abiertos.
- c) De opción.

Hasta aquí se ha hecho una descripción genérica de los instrumentos utilizados en la investigación. Si el lector los conoce, puede continuar con el punto 4.11 Procedimiento Estadístico del presente capítulo. Sin embargo, para aquellas personas que desconozcan tales instrumentos se hace una descripción más detallada de los mismos, la cual aparece a continuación.

4.7.1 Army y Beta. (29)

Esta prueba se compone de las siguientes subescalas:

Subescala I. Planeación y Organización Visomotora

Investiga capacidad de planeación y organización.

Subescala II. Capacidad de Aprendizaje Visomotor y Memoria

Investiga atención, capacidad de aprendizaje y coordinación visomotora.

Subescala III. Juicio Práctico, Retención y Discriminación

Investiga capacidad de captar detalles importantes de una situación.

Subescala IV. Abstracción, Análisis y Síntesis.

Investiga capacidad de análisis, síntesis y abstracción.

Subescala V. Discriminación Visual de los Detalles

Importantes de una Situación.

Investiga atención, apego a la verdad y juicio práctico.

29. Grados, J.; (1979); op. cit; 3ª Parte

Subescala VI. Discernimiento y Trabajo Rutinario

Investiga coordinación visomotora, capacidad para realizar con exactitud y precisión tareas rutinarias.

4.7.1.1 Calificación.

Subescala I.

Se acredita un punto por cada medio laberinto bien elaborado, líneas continuas sin interrupción, corrección o borradura. Dos puntos por cada laberinto completado correctamente.

Subescala II.

Se otorga un punto por cada triada de símbolos que haya hecho correctamente. Si al final del ejercicio completa dos o tres símbolos, se le otorga un punto.

Subescala III.

Se acredita un punto por cada respuesta correcta, la clave indica las respuestas correctas.

Subescala IV.

Se otorga un punto por cada respuesta correcta, aún cuando tenga rotación de 90 ó 180 grados.

Subescala V.

Se le acredita un punto por cada pieza adecuada, dibujada en el lugar correspondiente.

Subescala VI.

Se suma un punto por cada respuesta correcta, pero si el sujeto pone la marca donde la plantilla no lo indica, se descuenta un punto.

4.7.1.2 Obtención del Coeficiente Intelectual.

10. Contar el puntaje obtenido en cada subescala, obteniendo seis puntuaciones directas.
20. En la tabla No. 1 del Army y Beta se convierten a puntajes pesados, alcanzados en cada subtest, de acuerdo a la edad del sujeto.
30. Se suman los seis puntajes pesados parciales para obtener un puntaje pesado total.
40. El puntaje pesado total obtenido se localiza en la Tabla No. 2 del Army y Beta, y se determina el Coeficiente Intelectual de acuerdo a la edad cronológica del sujeto.

5o. Una vez obtenido este Coeficiente Intelectual, se localiza en la Tabla No. 3 del Army y Beta la clasificación que le corresponde.

4.7.1.3 Interpretación.

La interpretación se hace de acuerdo a la Tabla No. 3 del Army y Beta, que es la siguiente:

CLASIFICACION DEL COEFICIENTE INTELECTUAL (29)

C.I.	CLASIFICACION
129 en adelante	Muy Superior
120 - 128	Superior
110 - 119	Arriba de lo Normal
90 - 109	Normal
80 - 89	Abajo de lo Normal
71 - 79	Inferior
70 hacia abajo	Deficiente

29. Grados, J.; (1979); op. cit.; 3a. parte.

4.7.2. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). (30)

4.7.2.1 Administración.

Existen dos formas de aplicación, siendo la más común la forma de cuadernillo.

Se recomienda aplicar la prueba, en general, a partir del nivel de secundaria o de los 16 años y a sujetos con un Coeficiente Intelectual denominado como normal, para evitar la incapacidad de contestar en forma adecuada. Las frases pueden ser contestadas en una de tres categorías: Cierto, Falso y No Puedo Decir.

4.7.2.2 Calificación.

En la actualidad se cuenta con dos formas de calificación, la mecánica y la manual: la mecánica es posible mediante el uso de la computadora; y la manual es realizada por medio de plantillas para la obtención de los puntajes crudos de cada escala, y estos a su vez se convierten en puntaje T para el trazo del perfil.

30. López Sierra, A. J. y Reyes López, P. S.; op. cit.; p. 4-42.

4.7.2.3 Descripción de las Escalas.

A. Escalas de Validez.

Escala ? . No puedo decir: Esta escala se compone del número de frases que se han dejado de contestar, incluyendo también las que han sido contestadas con doble respuesta, cierto y falso a la vez.

Escala L: Esta escala nos sirve para identificar los intentos deliberados o intencionales para evadirse de dar respuestas en forma honesta y franca.

Escala F: Está diseñada para identificar los modos atípicos o desusuales de contestar a la prueba.

Escala K: Esta escala es de corrección para algunas escalas clínicas, que pueden ser alteradas por la defensividad del sujeto y como indicador de ciertas características de personalidad.

B. Escalas Clínicas.

Escala 1. Hi. Hipocondriasis.

Se refiere a la preocupación del individuo sobre síntomas somáticos.

Escala 2. D. Depresión.

Evalúa las características que se relacionan con los sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento, culpa, lentitud en el pensamiento y la acción, preocupación ante la idea de la muerte o el suicidio.

Escala 3. Hi. Hipocondriasis

Fue desarrollada para identificar a los pacientes que utilizan defensas neuróticas. Estos pacientes acuden a síntomas físicos como medio para resolver dificultades, conflictos o evitar responsabilidades de madurez. Asimismo, se refiere a la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia, que el sujeto demanda de su grupo.

Escala 4. Dp. Desviación Psicopática.

Los elementos de esta escala nos indican de una manera muy general, la posibilidad del individuo de manifestar en forma abierta y sin control sus descargas impulsivas, amorales y asociales.

Escala 5. Mf. Masculinidad - Feminidad.

Esta escala se refiere a las características masculinas y femeninas que el grupo social asigna convencionalmente a los roles del hombre y la mujer. La escala debe considerarse

como una medida de actitudes de ajustes hacia aspectos sociales y de intentos por ofrecer una apariencia, en relación a la vivencia de una identidad psicosexual.

Escala 6. Pa. Paranoia.

Fue diseñada para la evaluación clínica de la paranoia, manifestándose con actitudes de desconfianza, cautela excesiva, ideas de referencia con consecuentes descargas agresivas que se pueden entender como una forma de defensa anticipada o posibles situaciones de ataque, delirios de grandeza y/o persecución, interpretaciones inadecuadas de las situaciones de la vida; sin verse afectadas sus habilidades ni su inteligencia.

Escala 7. Pt. Psicastenia.

Esta escala fue diseñada para la evaluación de la psicastenia, síndrome obsesivo-compulsivo. Los factores sobresalientes son: meditación obsesiva, rituales de conducta compulsiva, preocupación, dificultad para la concentración, sentimientos de culpa, incapacidad para tomar decisiones rápidas, reducción de la tolerancia hacia sí mismo y hacia los demás, meticulosidad y tendencia hacia el perfeccionamiento.

Escala 8. Es. Esquizofrenia.

La escala del MMPI denominada Esquizofrenia resulta un tanto frágil, ya que la esquizofrenia es uno de los síndromes más complejos, por lo tanto, en la mayoría de los casos puede interpretarse como una marcada tendencia al aislamiento y la fantasía, mostrándose fríos, apáticos, frecuentemente encerrados en sí mismos, con delirios en diversos grados de organización; alucinaciones ya sean fugaces, persistentes o compulsivas; estos sujetos frecuentemente rinden por debajo de su nivel de habilidad.

Escala 9. Ma. Mania.

Esta escala puede considerarse en forma general como medida evolutiva de la energía que tiene la persona para fijarse metas y tratar de alcanzarlas. Las características relevantes son: hiperactividad, excitación emocional, fuga de ideas, pueden tener buen humor, euforia y en ocasiones ser irritables con arranques de temperamento; con una gran energía para tratar de realizar muchas actividades, ocasionalmente simultáneas. Sus relaciones interpersonales se pueden considerar superficialmente bien integradas, manifestando cierta imposibilidad para compromisos afectivos profundos.

Escala O. Si. Sociabilidad.

Esta escala no hace referencia a ninguna alteración de la personalidad. Fue elaborada con el fin de encontrar las tendencias del sujeto a identificarse con características del patrón de personalidad introversión-extroversión, en los hechos del pensamiento, participación social y expresión emocional. La introversión describe al individuo como apartado, autorreflexivo, y con capacidad para lograr un buen insight; y en la extroversión la persona tenderá a ser superficialmente comunicativa, con más interés en las situaciones del ambiente que le rodea que en las propias, algo dinámico, activo y convencionalmente ajustado a las situaciones sociales, con una pobre capacidad de insight y muy poca capacidad para reflexionar acerca de sí mismo. (30)

4.8 Variables.

Variable Dependiente. En pacientes alérgicos la presencia de rasgos psiconeuróticos.

Variable Independiente. Pacientes alérgicos que presentan las siguientes características:

- a) Sexo. Femenino y masculino.
- b) Edad. Entre 16 y 59 años.

30. López Sierra, A. J. y Reyes López, P. S.; op. cit.; p.4-42

c) Padecimiento. Asma Bronquial y Síndrome Urticárico.

Variable Control. Para que los pacientes pudieran formar parte de la muestra debían tener un Coeficiente Intelectual desde Normal Bajo en la prueba de Inteligencia de Army y Beta (proporcionándole ayuda cuando lo necesite, en la aplicación del MMPI). (27)

4.9 Hipótesis.

1. **Hipótesis Nula.** Las personas alérgicas no presentan con mayor frecuencia rasgos de tipo neurótico con respecto al resto de la población.

Hipótesis Alternativa. Las personas con padecimiento alérgico, clínicamente diagnosticado, presentan con más frecuencia características de tipo neurótico con respecto al resto de la población.

2. **Hipótesis Nula.** No existe consistencia entre los diferentes grupos (sexo y padecimiento) y la interacción de estas variables en las diferentes escalas del MMPI.

Hipótesis Alternativa. Los diferentes grupos (sexo y padecimiento) y la interacción de estas variables, son consistentes en las diferentes escalas del MMPI, con un nivel de significancia de .05 como mínimo.

27. Nñez O., R.; op. cit.; p. 15.

3. Hipótesis Nula. No existen diferencias en los puntajes medios de los grupos de sexos, entre personas alérgicas y población mexicana. (26)

Hipótesis Alternativa. Si existen diferencias entre los puntajes medios de los grupos de sexos entre personas alérgicas y población mexicana, con un nivel de significancia de .05 como mínimo. (26)

4. Hipótesis Nula. La escala 1 (Hipocondriasis) del MMPI no presenta mayor elevación que el resto de las escalas clínicas en perfiles de normas mexicanas.

Hipótesis Alternativa. La elevación de la escala 1 es mayor al resto de las escalas clínicas en perfiles de normas mexicanas, debido al componente somático que presentan estos padecimientos.

5. Hipótesis Nula. La escala 3 no presenta mayor elevación que el resto de las escalas clínicas en perfiles de normas mexicanas.

Hipótesis Alternativa. La elevación de la escala 3 presenta elevación significativa con respecto al resto de las escalas clínicas en perfiles de normas mexicanas, debido a las características histeroides que pueden conformar el perfil de estos padecimientos.

26. Fuentes Reyes, A. E., Mejía Tavera, E., Sandoval García, M. A.; (1979); op. cit.: p. 63.

6. Hipótesis Nula. La escala 7 no presenta elevación superior a T 70 en perfiles de normas mexicanas.

Hipótesis Alternativa. La elevación de la escala 7 es mayor a T 70 en perfiles de normas mexicanas debido a que este tipo de padecimientos se componen de gran ansiedad.

7. Hipótesis Nula. El perfil de pacientes asmáticos no presenta mayor patología que el obtenido en síndrome urticárico.

Hipótesis Alternativa. El perfil de pacientes asmáticos presenta mayor patología que el obtenido en pacientes con síndrome urticárico con un nivel de significancia de .05 como mínimo.

8. Hipótesis Nula. Los perfiles femeninos no presentan mayor patología que los obtenidos en los masculinos.

Hipótesis Alternativa. Los perfiles femeninos presentan mayor patología que el obtenido en los masculinos con un nivel de significancia de .05 como mínimo.

4.10 Procedimiento.

El alergólogo le solicitaba al paciente colaborar para que le fuese aplicado el estudio psicológico (Army y Beta, Entrevista y MMPI), como parte integral de la evaluación de su enfermedad.

Se seleccionó de acuerdo a su padecimiento, cumpliendo con la norma de edad establecida en el MMPI, entre 16 y 59 años.

Posteriormente se aplicó la prueba de Army y Beta para conocer su coeficiente intelectual, y poder así determinar si podía formar parte de la muestra a estudiar.

El siguiente paso fue la aplicación del MMPI, y por último, se realizaba la entrevista.

Todas las aplicaciones se llevaron a cabo en forma individual.

4.11 Procedimiento Estadístico.

Se obtuvieron los parámetros estadísticos necesarios para lograr la distribución probabilística "t" de student.

Para fines de cálculo se utilizaron fórmulas muestrales (media, varianza y desviación estándar) y no las poblacionales, debido a que la muestra de la presente investigación es una población dada y no es al azar. (31, 32).

Media:
$$X = \frac{\sum X_i}{n}$$

31. Walpole, S.; (1984); Probabilidad y Estadística para Ingenieros; p. 140-143
32. Meyer; (1982); Probabilidad y Estadística; p. 117, 250-260

Varianza Muestral:

$$S^2 = \frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{n-1}$$

Desviación Estándar:

$$S = \sqrt{\frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{n-1}}$$

t de student:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{N_1 S_1^2 + N_2 S_2^2}{N_1 + N_2 - 2} + \frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}}}$$

4.11.1 Descripción Estadística.

En el MMPI se obtuvo el índice de valor central -media aritmética- del total de las puntuaciones individuales para conformar los siguientes subgrupos:

- Masculino. Asma Bronquial y Síndrome Urticárico (N=30).
- Femenino. Asma Bronquial y Síndrome Urticárico (N=30).
- Masculino. Asma Bronquial (N=15).
- Femenino. Asma Bronquial (N=15).
- Masculino. Síndrome Urticárico (N=15).
- Femenino. Síndrome Urticárico (N=15).

Se obtuvieron las desviaciones estándar de cada escala del MMPI de los diferentes subgrupos y se procedió a elaborar

las comparaciones de los mismos utilizando la "t" de student, para obtener los niveles de significancia.

Las comparaciones efectuadas son:

- A) Grupo masculino vs. grupo femenino.
- B) Grupo asmático vs. grupo síndrome urticárico.
- C) Grupo femenino con asma vs. grupo masculino con asma.
- D) Grupo femenino con síndrome urticárico vs. grupo masculino con síndrome urticárico.
- E) Grupo masculino con asma vs. grupo masculino con síndrome urticárico.
- F) Grupo femenino con asma vs. grupo femenino con síndrome urticárico.
- G) Grupo femenino con síndrome urticárico vs. grupo masculino con asma.
- H) Grupo femenino con asma vs. grupo masculino con síndrome urticárico.

Para darle mayor consistencia a los resultados obtenidos en el presente estudio, se utilizaron las medias y desviaciones estándar reportadas en la investigación realizada por el Dr. Rafael Núñez "Estudio Normativo del MMPI en cuatro clases socioeconómicas de adultos del D.F." (26), con el fin de

26. Fuentes Reyes, A. E., Mejía Tavera, E., Sandoval García, M. A.; op. cit.; p. 63.

compararlas para obtener datos significativos, siendo las siguientes:

- I) Grupo femenino asma bronquial - síndrome urticárico con normas originales vs. grupo femenino con normas de población mexicana.
- J) Grupo masculino asma bronquial - síndrome urticárico con normas originales vs. grupo masculino con normas de población mexicana.

CAPITULO V. RESULTADOS.

Este capítulo aparece de la siguiente forma:

- Perfiles del MMPI y su interpretación.
- Cuadros con niveles de significancia.
- Información obtenida en la entrevista, dividida por áreas.

5.1 Perfiles de MMPI.

Por lo que respecta a la presentación de los perfiles de MMPI, la interpretación se conformó por pares, de acuerdo a la posibilidad de comparación de los subgrupos. Todos los perfiles se consignaron de la siguiente manera: perfiles con normas originales e interpretación y enseguida los mismos perfiles con normas mexicanas a efecto de comparación.

5.2 Cuadros con niveles de significancia.

Para obtener la consistencia de las escalas de validez y clínicas entre todos los subgrupos, se realizaron los primeros ocho Cuadros de comparaciones.

Para observar las diferencias entre los puntajes medios de los grupos de sexos entre personas alérgicas y población mexicana se utilizaron las medias y desviaciones estándar (Tabla 9) de ésta última; y los resultados se observan en las Tablas 10 y 11.

Las diferencias entre los grupos de asma bronquial y síndrome urticárico se contemplan del Cuadro 12 al 16 y las de los subgrupos masculino y femenino del Cuadro 17 al 21.

5.3 Entrevista.

La información obtenida a través de la entrevista se reporta a través de cuadros, gráficas y tablas, dividida por áreas.

Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

MMPI
2-4

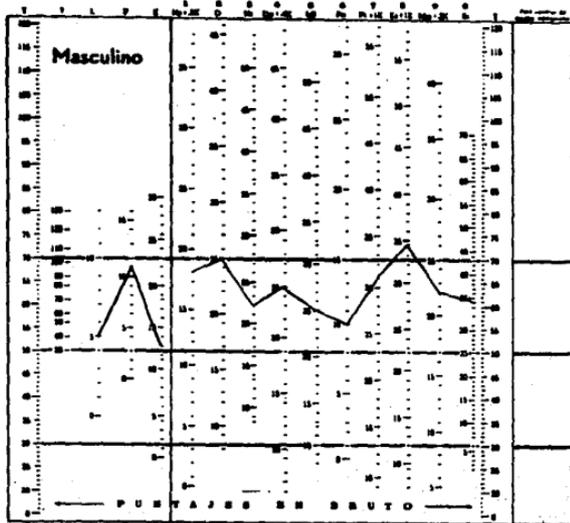
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke B. Hathaway y J. Charlesley McClellan

PERFIL Y SUMARIO



Nombre _____ Sexo de nacimiento _____
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____
 Otras condiciones o estudios conexas _____
 Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Procesamiento

	1	2	3	4	5
26	15	23	6		
29	15	12	6		
30	16	11	6		
37	14	11	5		
38	12	10	5		
35	13	10	5		
36	12	10	5		
33	10	9	5		
32	11	9	4		
31	11	8	4		
30	10	8	4		
29	10	8	4		
28	10	8	4		
27	9	7	3		
26	9	6	3		
25	8	6	3		
24	7	6	3		
23	6	5	3		
22	6	5	3		
21	5	4	3		
20	5	4	3		
19	4	3	3		
18	4	3	3		
17	4	3	3		
16	3	3	3		
15	3	3	3		
14	3	3	3		
13	3	3	3		
12	3	3	3		
11	3	3	3		
10	3	3	3		

NOTAS

①

PERFIL GLOBAL MASCULINO ASMA-SINDROME URTICARICO
 N = 30
 CODIFICACION WELSH:
 82¹⁷ 49 03 - 56/F-LK/

Puntaje en Escala

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	L	F	K	S
5	11	13	11	25	22	20	25	18	18	21	19	11	
Puntaje Índice K													
Puntaje corregido													
5	11	13	11	25	22	20	25	18	18	21	19	11	



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A. under license of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1945, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

MMPI

3-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stanke R. Hathaway y J. Chernley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

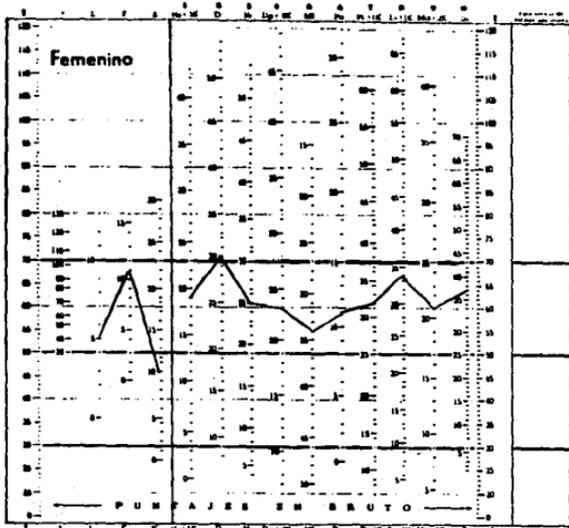
Nombre _____ (letra de apellido)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

¿Han escalado o cambiado síntomas? _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



CLINICAL SCALES	1	2	3	4	5
20	15	12	6		
28	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	12	10	5		
28	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	8	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
18	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		

NOTAS

②

PERFIL GLOBAL FEMENINO ASMA-SINDROME URTICARICO

N = 50

CODIFICACION WELSH:

2'801 37 19 - 65/F-L/N:

Puntaje en	L	F	K	Pa	Ma	Es	Sc	Pa	Ma	Es	Sc	Pa	Ma	Es	Sc
bruto	5	11	10	11	30	25	19	31	11	22	24	19	37		
Agregar factor K			5			4				10	10	2			
Puntaje corregido					19		23			32	34	21			



Fecha _____

MASCULINO. ASMA BRONQUIAL - SINDROME URTICARICO.

✓ N = 30 Normas Originales. No. 1

8 2 ' 1 7 4 9 0 3 - 5 6 / F - L K /

FEMENINO. ASMA BRONQUIAL - SINDROME URTICARICO.

N = 30 Normas Originales. No. 2.

2 ' 8 0 1 3 7 4 9 - 6 5 / F - L / K :

ESCALAS DE VALIDEZ.

En la comparación de estos perfiles, para efectos de su interpretación, se observa que no se alcanzan diferencias de una sigma (10 T) en ninguna de las tres escalas de validez, por lo que se detecta gran similitud.

Los perfiles son válidos, mostrando la "llamada de auxilio".

Estas escalas indican una elevación promedio, en la que no aparece devaluación ni sobrevaloración de los sujetos, presentando una defensividad normal y una postura convencional ante la prueba. Este grupo se mostró espontáneo al responder con reconocimiento de su problemática emocional, observando cierta tendencia a exagerar algunos síntomas.

Estos perfiles pueden ser interpretados con confianza, dado que el índice de Gough es menor de +9.

ESCALAS CLINICAS.

El perfil 8-2 (2-8) se obtiene característicamente en grupos mexicanos por lo que su evaluación puede ser el resultado de un factor cultural. En estos perfiles, la Escala 2 D es señaladora de preocupación pero no de depresión y la 8 Es indica tendencia a la fantasía y a la ensoñación.

A pesar de que los sujetos estudiados presentan una enfermedad física, la elevación de la escala 1 Hs nos indica una actitud subjetiva con respecto a su padecimiento, ya que manifiestan quejas difusas y vagas, como: dolor de cabeza, mal apetito, etc. que reflejan poca evidencia orgánica, es decir, que la expresión de su sintomatología no es reflejo de su enfermedad sino una manifestación de desorden emocional.

Se observa una ligera expresión de ansiedad, indecisión y tensión, indicada por la Escala 7 Pt, mostrando además, rasgos infantiles y de inmadurez.

La elevación de la Escala 9 Ma respecto a la posición de la Escala 2 D, nos indica una reducción de la energía. Presentan control ante situaciones de conflicto (6 Pa), sin llegar a la agresión manifiesta dada la elevación de la escala 9 Ma.

La Escala O Si nos indica que son personas bastante reservadas, difíciles de conocer, aparentemente tímidas en situaciones que les son extrañas, probablemente como resultado del medio socioeconómico de la muestra.

La Escala 5 Mf se puede interpretar con características invertidas, con tendencia al rol opuesto, sin llegar a ser significativas.

DIFERENCIAS.

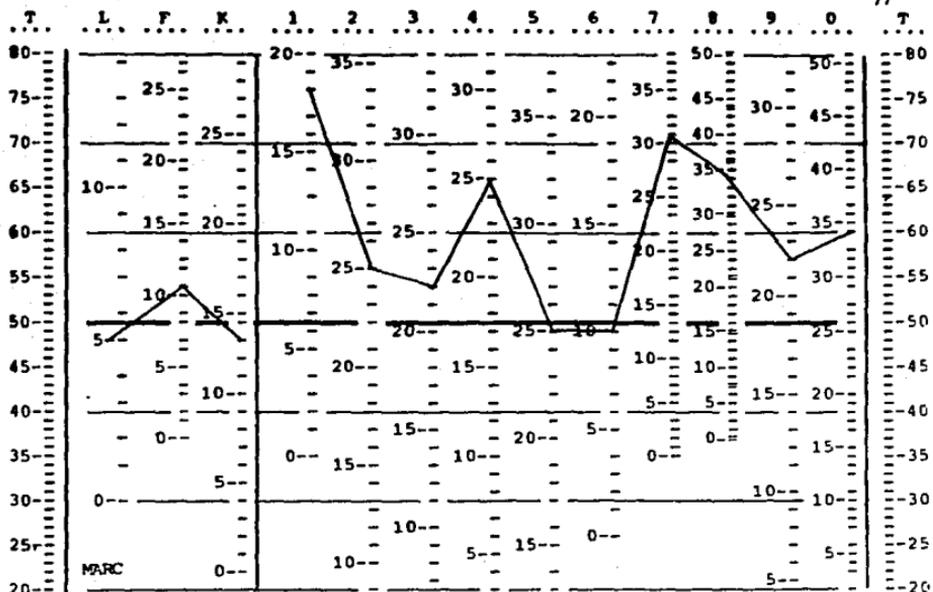
La elevación menor de la Escala K en el grupo femenino con respecto al masculino (T=5) nos indica que tienen un concepto más devaluado de sí mismas.

La mayor elevación de las Escalas 1 Hs y 7 Pt del perfil masculino con respecto al femenino (T=5, en ambas), refleja mayor subjetividad de las quejas de tipo somático, así como mayor ansiedad. De la misma manera la Escala 6 Es del grupo masculino, muestra que tiende a la fantasía y a la ensoñación como recurso tranquilizante ante la frustración.

En la escala 4 el grupo femenino se comporta con mayor control de impulsos y respeto hacia las normas. Asimismo, denota retraimiento, desentendimiento o desinterés en su sociabilidad, lo cual puede indicar un cuadro esquizoide incipiente, por su configuración 8-0.

MASCULINO

77



5	11	13	11	25	22	20	25	10	18	21	19	34
Agregar factor K			7	5			13		13	3		
Puntaje corregido			18	25			31		34	22		
Fracción K			.5	.4			1.0		1.0	.2		

Basado en las normas del Dr. Rafael Ruz (N = 400)

OBSERVACIONES:

(1A) (NORMAS MEXICANAS)

PERFIL GLOBAL MASCULINO ASMA - SINDROME URTICARICO

N=30

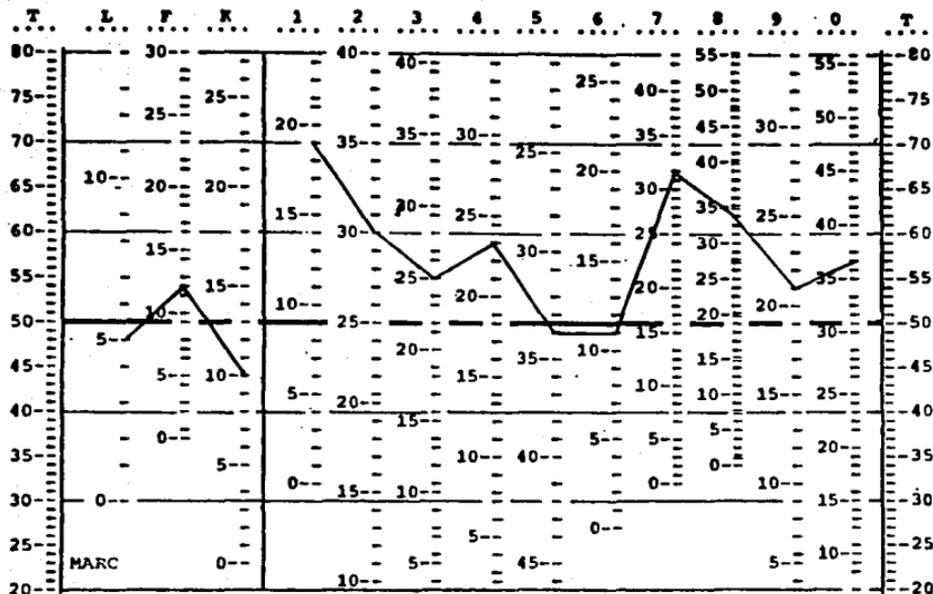
CODIFICACION WELSH:

1 7' 48 0 - 92 3/56: F/L K:

CROQUIS

FEMENINO

78



	5	11	10	14	30	25	19	34	11	22	24	19	37
Agregar factor K				5			4			10	10	2	
Puntaje corregido				19			23			32	34	21	
Fracción K				.5			.4			1.0	1.0	.2	

Basado en las normas del Dr. Rafael Nuñez (N = 400)

OBSERVACIONES:

(2A) (NORMAS MEXICANAS)

PERFIL GLOBAL FEMENINO ASMA-SINDROME URTICARICO

N=30

CODIFICACION WELSH:

1' 7 8 2 - 4 0 3 9 / 5 6 : F / L K :

MASCULINO. ASMA BRONQUIAL - SINDROME URTICARICO.

N = 30 Población Mexicana. No. 1 A.

1 7 ' 4 8 0 - 9 2 3 / 5 6 : F / L K :

FEMENINO. ASMA BRONQUIAL - SINDROME URTICARICO.

N = 30 Población Mexicana. No. 2 A.

1 ' 7 8 2 - 4 0 3 9 / 5 6 : F / L K :

ESCALAS DE VALIDEZ.

Ambos perfiles son válidos, denotando una "llamada de auxilio" -al igual que con normas originales- y con una elevación menor de la escala K, que nos indica una autodevaluación, actitud peyorativa, minimización del carácter y defensividad con manejo de mecanismos de defensa.

La configuración con respecto a normas originales se mantiene; ajustándose más a T 50, sobre todo en el grupo femenino.

ESCALAS CLINICAS.

La configuración global de estas escalas en general es similar en ambos grupos. La elevación de la Escala 1 Hs se caracteriza por tener un prominente interés acerca de su integridad física y un gran número de preocupaciones somáticas. Son personas inmaduras y con características infantiloides. En cuanto a la escala 7 Pt se observa

pensamiento fóbico, tensión, ansiedad e indecisión; son sujetos defensivos, que se fijan metas inalcanzables, culpabilizándose; con tendencias obsesivas y pensamiento mágico; que indican un cuadro de elementos neuróticos.

Por la combinación de estas escalas, la angustia surge ante la percepción de una sintomatología física que preocupa marcadamente al sujeto y que inclusive matiza al contenido del pensamiento de ideas fijas que se motivan alrededor de dichas molestias físicas y de la preocupación de que se agraven.

La Escala 2 D no alcanza T 70 como en la norma original, lo que nos está indicando que únicamente hay preocupación, pero no depresión.

La escala 8 Es refleja tendencia a la introversión y al aislamiento, observándose menos severa que en las normas originales.

Por otro lado, la escala 4 Dp nos indica que el sujeto percibe al medio ambiente como rígido y hostil en función del desarrollo familiar temprano, denotando una mayor inconformidad social con respecto a las normas de Minnesota, lo cual puede ser resultado de la condición social a la que pertenecen. Sin embargo, en el grupo femenino se observa un mayor control de impulsos.

DIFERENCIAS.

La Escala 1 Hs se muestra menos elevada por $T = 6$ en el grupo femenino con respecto al masculino, lo cual nos indica una menor expresión de quejas somáticas y sintomatología, reflejando que enfrentan al medio ambiente con menos defensas de somatización.

La Escala 4 Dp muestra una elevación menor en el grupo femenino por $T = 7$ indicando un mejor control de impulsos, mayor convencionalismo y conformismo de acuerdo a las normas sociales, probablemente se deba al rol sexual que desempeñan en la comunidad.

De la misma forma la Escala 7 Pt indica una elevación menor en el grupo femenino por $T = 4$, lo cual denota menor ansiedad, fijándose metas menos ambiciosas y la posibilidad de presencia de pensamiento mágico también es menor.

La diferencia de la Escala 8 Es es de $T = 4$ y la Escala 0 en $T = 3$, siendo el grupo masculino el que presenta mayor elevación, lo cual indica menor retraimiento e introversión, adaptándose mejor al medio ambiente que el grupo femenino.

La Escala 2 D es la única que presenta mayor elevación del grupo femenino con respecto al grupo masculino, acusando con ello ser personas levemente depresivas, preocupadas y

pesimistas, lo cual puede resultar de situaciones temporales que les preocupan; probablemente esto sea una consecuencia de su enfermedad.

MMPI
2-4

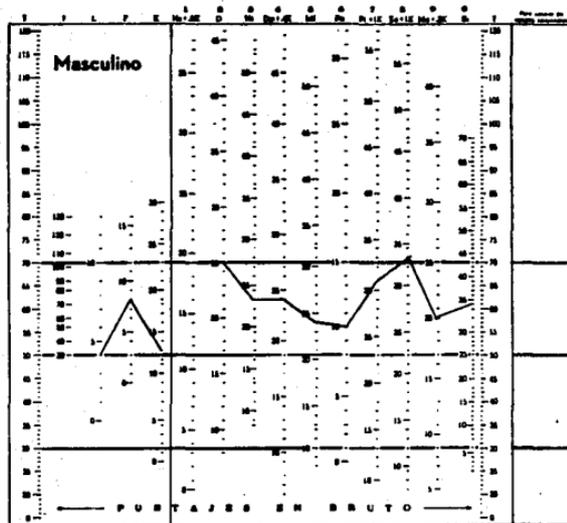
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Cheney McCleary

PERFIL Y SUMARIO



Nombre _____ (letra de nombre)
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____
 Edad años/mes y semanas completas _____
 Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Funciones K

K	2	7	8	9
20	15	12	6	
25	15	12	6	
30	14	11	6	
37	14	11	5	
38	13	10	5	
33	13	10	5	
34	12	10	5	
32	12	9	5	
22	11	8	4	
31	11	8	4	
38	10	8	4	
19	10	9	4	
14	9	7	4	
17	9	7	3	
16	8	6	3	
15	8	6	3	
10	7	6	2	
11	7	5	2	
12	6	5	2	
11	5	4	2	
10	5	4	2	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	3	2	1	
5	3	2	1	
4	2	1	1	
3	2	1	1	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	

NOTAS

③
 PERFIL GLOBAL MASCULINO ASMA
 N = 15
 CODIFICACION WELSH:
 812/7 36 0 - 956/F-KL/

Puntaje en bruto	4	8	13	12	25	23	19	24	10	18	20	17	34
Agrupar factor II	7				5				13	13	3		
Puntaje corregido	19				24				31	33	20		



D.R. © 1947, por
El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S.A.
 under license of The Psychological Corporation
 © 1948, Copyright 1944, by
 the University of Minnesota

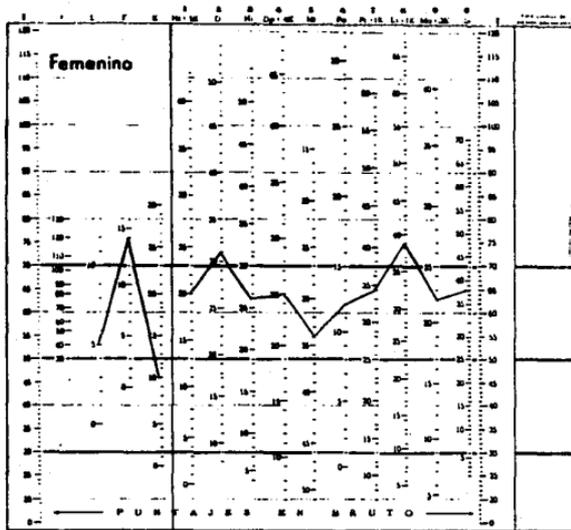
Forma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Storke R. Hathaway y J. Cheney McKinley

PERFIL Y SUMARIO



Puntaje en Escala	L	F	K	Pd	Sc	Ma	Pa	Pt	Tr	Ma	Sc	Pa	Pt	Tr
	5	14	10	15	31	26	21	34	12	24	29	20	38	
Agrupar factor I	5				4			10	10	2				
Puntaje corregido	20				25			34	39	22				



Nombre _____ (uno de cada)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o unidades completas _____

Estado Civil _____ Edad _____ Refrendo por _____

F
Femenino

Frases	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	17	10	5		
25	13	10	5		
24	18	10	5		
23	18	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	4	3		
14	7	4	3		
13	7	3	3		
12	6	3	3		
11	6	4	3		
10	5	4	3		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	3	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		

NOTAS

①

PERFIL GLOBAL FEMENINO ASMA
 N = 15
 CODIFICACION WELSW:
 02'20 14 39 6 - 5/F'L/K:

98

Firma _____ Fecha _____

MASCULINO. ASMA BRONQUIAL.

N = 15 Normas Originales. No. 3.

8 1 2 ' 7 3 4 0 - 9 5 6 / F - K L /

FEMENINO. ASMA BRONQUIAL.

N = 15 Normas Originales. No. 4.

8 2 ' 7 0 1 4 3 9 6 - 5 / F ' L / K :

ESCALAS DE VALIDEZ.

La configuración de las escalas de validez es similar, pero presentan grandes diferencias por el nivel que alcanzan. La Escala L es la que muestra mayor similitud, siendo el grupo masculino el más bajo por $T = 3$ con respecto al femenino, lo cual nos indica que respondieron a la prueba con mayor sinceridad, a diferencia del grupo femenino que trata de presentarse ligeramente más apegado a las normas sociales. Por lo que respecta a la Escala F la comparación es muy significativa, ya que presenta una diferencia de más de una sigma ($T=14$); la elevación de esta escala en el grupo femenino podría aportar una de las condiciones para invalidar el inventario, no obstante esto puede deberse a que los sujetos insisten en no disimular sus conflictos sino por el contrario, pretenden exagerarlos - sin embargo, esta puntuación no se respalda con la elevación de la escala 1 Hs de este mismo grupo-. Esta configuración pone de manifiesto una fuerte necesidad de pedir ayuda, que

también se encuentra en el perfil masculino, aunque con una elevación mucho menor. En cuanto a la Escala K la mujer presenta una imposibilidad para el manejo de su conflictiva y reducida capacidad de insight, además de presentar un concepto pobre de sí misma en comparación al grupo masculino, que tiene un concepto más adecuado y una mejor capacidad para enfrentar y resolver sus problemas, la diferencia equivale a $T = 5$.

ESCALAS CLINICAS.

La elevación de estas escalas, en general, muestran semejanzas en su configuración, presentándose la combinación 8-2, la cual se obtiene característicamente en grupos mexicanos, por lo que su evaluación puede ser el resultado de un factor cultural. Esta configuración se presentó en los perfiles 1 y 2.

La Escala 1 Hs nos indica que son sujetos que manifiestan preocupación por su salud, con expresión de quejas difusas y vagas, siendo éstas un tanto subjetivas a pesar de estar presente una enfermedad física.

En la Escala 7 Pt encontramos tensión y ansiedad, lo cual está reflejando un control inadecuado de los sujetos para enfrentar su conflictiva emocional, haciendo uso de mecanismos de defensa de tipo neurótico.

Se manifiesta cierta incongruencia en los niveles de elevación de las Escalas L y 4 Dp que puede interpretarse como una desestructura del núcleo familiar y una tendencia a ser rebelde y opositor ante figuras de autoridad, como consecuencia de vivencias infantiles.

Tienden a la fantasía (Escala 8 Es), son personas bastante reservadas, difíciles de conocer, aparentemente tímidas ante situaciones que le son extrañas, lo cual puede ser resultado del nivel socioeconómico de la muestra (Escala 0 Si); esto se puede observar también en los perfiles 1 y 2.

Presentan rasgos infantiles y de inmadurez (Escala 1 Hs).

Reflejan control ante situaciones de conflicto (Escala 6 Pa) sin llegar a expresiones de agresión manifiesta, dada la elevación de la escala 9.

Se puede interpretar que la Escala 5 Mf presenta características invertidas con respecto al rol esperado, tendiendo al del sexo opuesto, no siendo significativo.

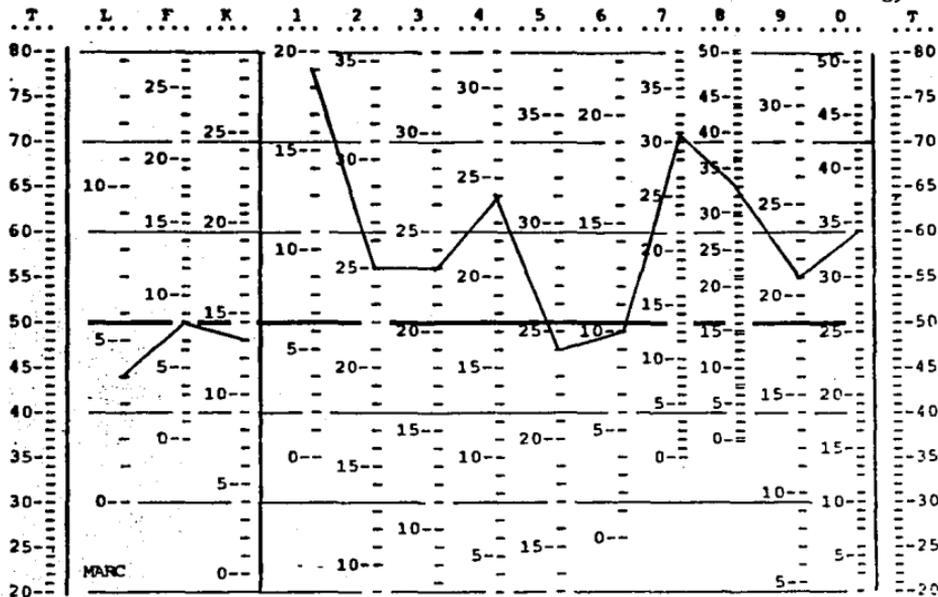
El nivel de elevación de las Escalas 6 Pa y 5 Mf es similar al descrito en los perfiles 1 y 2.

DIFERENCIAS.

Por lo que respecta al grupo masculino, en la escala 1 Ha presenta una elevación superior de $T = 6$ en relación al grupo femenino, siendo además la más alta de todos los perfiles en normas originales, lo cual indica mayores elementos neuróticos expresados a través de la somatización.

MASCULINO

89



4	8	13	12	25	23	19	24	10	18	20	17	34
Agregar factor K			7	5			13	13	3			
Puntaje corregido			19	24			31	33	20			
Fracción K			.5	.4			1.0	1.0	.2			

Basado en las normas del Dr. Rafael Nuñez (N = 400)

OBSERVACIONES:

3A) (NORMAS MEXICANAS)

PERFIL GLOBAL MASCULINO ASMA

N=15

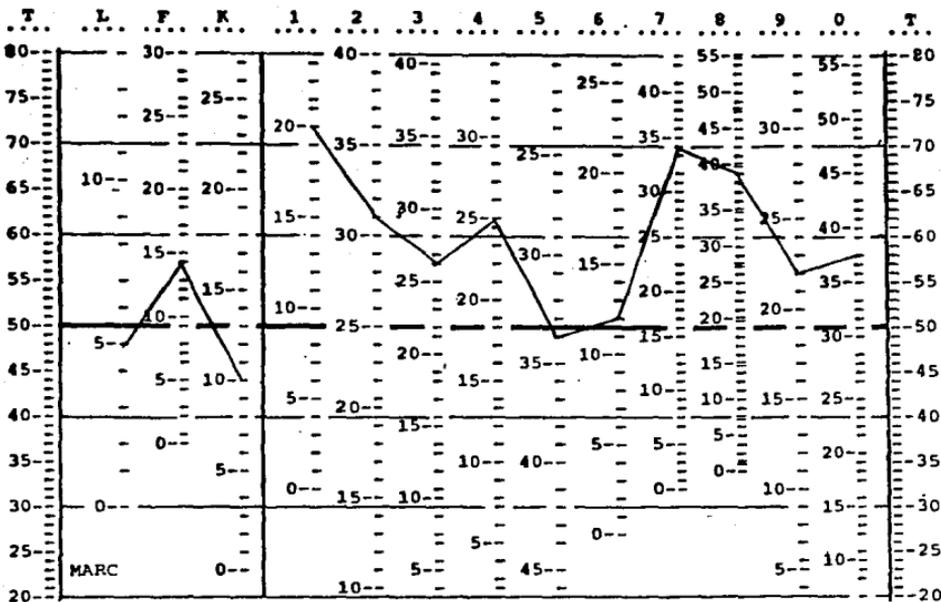
CODIFICACION WELSH:

17' 840 - 239 / 65 : F / K L :

CODIFICACION:

F E M E N I N O

90



	5	14	10	15	31	26	21	34	12	24	29	20	38
Agregar factor K				5			4			10	10	2	
Puntaje corregido				20			25			34	39	22	
Fracción K				.5			.4			1.0	1.0	.2	

Basado en las normas del Dr. Rafael Nuñez (N = 400)

OBSERVACIONES:

4A (NORMAS MEXICANAS)

PERFIL GLOBAL FEMENINO

N=15

CODIFICACION WELSH:

1 7' 8 2 4 - 0 3 9 6 / 5 : F / L K :

000000

MASCULINO. ASMA BRONQUIAL.

N = 15 Población Mexicana. No. 3 A.

1 7 ' 8 4 0 - 2 3 9 / 6 5 : F / K L :

FEMENINO. ASMA BRONQUIAL.

N = 15 Población Mexicana. No. 4 A.

1 7 ' 8 2 4 - 0 3 9 6 / 5 : F / L K :

ESCALAS DE VALIDEZ.

Ambos perfiles son válidos.

El perfil masculino indica sinceridad, tratando de responder más espontáneamente al protocolo, sin presentar una exageración de sus síntomas, a diferencia del grupo femenino que presenta una exageración de su padecimiento que obedece a una demanda de atención.

Se observa que el grupo femenino presenta una disminuida capacidad para enfrentar su problemática y se manifiesta devaluada, requiriendo ayuda, en tanto que el perfil masculino posee un mayor potencial para la solución de la misma.

ESCALAS CLINICAS.

En cuanto a la configuración general de los perfiles se observa gran similitud. Son sujetos que manifiestan gran preocupación por su integridad física, con una exacerbada

manifestación somática -principalmente el grupo masculino, recurriendo a actitudes infantiles que ponen en evidencia su inmadurez ante situaciones emotivas-. Estas expresiones pueden obedecer a la necesidad de atención, apoyo y aceptación que estos sujetos requieren.

Se observa pensamiento fóbico, tensión, ansiedad, indecisión y tendencias obsesivas con pensamiento mágico. Son sujetos defensivos que se fijan metas inalcanzables, culpabilizándose, que indican un cuadro con elementos neuróticos (Escala 7 Pt).

Al igual que los perfiles 1 A y 2 A se observa que la combinación de estas escalas (1 Hs y 7 Pt), la angustia surge ante la percepción de una sintomatología física que preocupa marcadamente al sujeto y que inclusive matiza el contenido del pensamiento de ideas fijas, que se motivan alrededor de dichas molestias físicas y de la preocupación de que se agraven.

Dada la combinación de las Escalas 3 Es y 0 Si, son sujetos que tienden al aislamiento, a la introversión y al ensimismamiento, con pobres relaciones interpersonales, observándose menos severas que en las normas originales (3 y 4).

La escala 2 D sufre una seria disminución con respecto a los perfiles de normas originales con una diferencia de más de una sigma en ambos grupos, en el masculino $T = 14$ y en el femenino $T = 11$. En esta escala el grupo femenino tiene una elevación con respecto al grupo masculino por $T = 6$, lo que nos señala una mayor preocupación de su problemática.

La Escala 4 Dp sufre una elevación del grupo masculino en relación a las normas originales por $T = 2$, en tanto que el femenino tiende a bajar por $T = 2$, lo cual nos indica que el grupo de hombres percibe al medio ambiente como rígido y hostil en función de su desarrollo familiar temprano, denotando una mayor inconformidad social con respecto a las normas de Minnesota; no así el grupo femenino que presenta mayor control de impulsos.

A diferencia de los perfiles anteriores la Escala 5 Mf presenta una mayor adecuación al rol psicosexual esperado.

DIFERENCIAS.

La elevación de la Escala 1 Hs en el perfil masculino es la más alta de todos los subgrupos, lo cual demarca la exageración de síntomas, dando la apariencia de desorden emocional y la exageración del padecimiento; presentando más elementos psicósomáticos que indican un pensamiento obsesivo sobre el cuadro hipocondríaco.

PERFIL Y SUMARIO

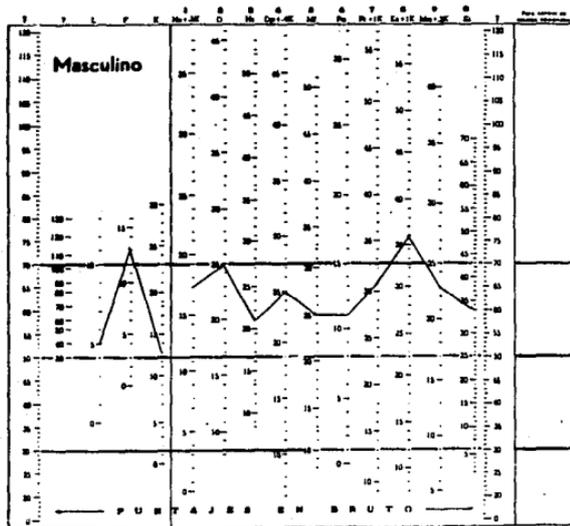


INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Storke R. Hathaway y J. Charney McKinley



Nombre _____ (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____
 ¿Algun escalero o auxiliar cumplido? _____
 Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Frecuencia %			
4	3	2	1
30	15	10	6
29	15	11	6
28	16	11	6
27	16	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	3
11	6	4	3
10	5	4	3
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	2
6	3	3	1
5	3	3	1
4	3	3	1
3	2	3	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

5

PERFIL GLOBAL MASCULINO SINDROME URTICARICO

N = 15

CODIFICACION WELSH:

82'7 19 40 - 56 5/F'LNK/

Puntaje en Escala	5	13	13	10	25	21	25	11	18	23	20	33
Agrupar factor I	7				5				13	13	3	
Puntaje corregido	17				25				31	36	23	



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under license of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Sanke R. Hathaway y J. Chorley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

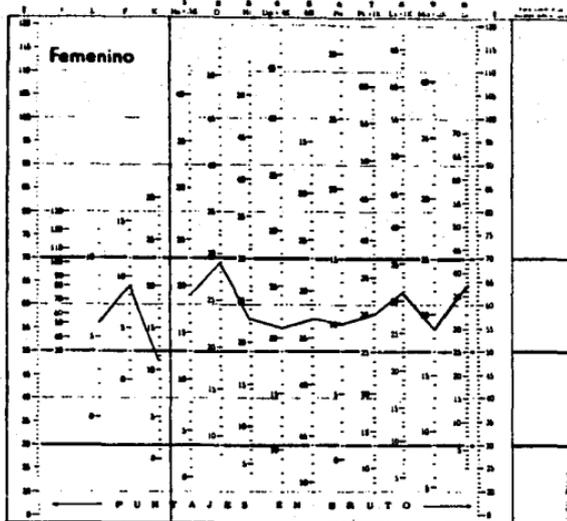
Nombre _____ (letra de apellido)

Dirección _____

Diagnóstico _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios completos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Escala			
1	2	3	4
10	15	12	6
20	15	12	6
30	14	11	6
27	16	11	5
26	17	10	5
35	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	9	4
20	10	9	4
19	10	9	4
18	9	9	4
17	9	7	3
16	9	6	3
15	8	6	3
14	7	6	2
13	7	5	2
12	6	5	2
11	15	11	1
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	2	2
7	4	2	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	0	0	0

NOTAS

⑥

PERFIL GLOBAL FEMENINO SINDROME URICARICO

N = 15

CODIFICACION WELSH:

2 08 1 - 7 35 6 49/F-L/K:

Puntuaje en bruto	6	9	11	13	29	23	17	33	10	19	20	17	37
Agrupar factor K	6	9	11	13	29	23	17	33	10	19	20	17	37
Puntuaje corregido	19	21	21	21	21	21	21	21	21	30	31	19	19



MASCULINO. SINDROME URTICARICO.

N = 15 Normas Originales. No. 5.
8 2 ' 7 1 9 4 0 - 5 6 3 / F " L K /

FEMENINO. SINDROME URTICARICO.

N = 15 Normas Originales. No. 6.
2 0 8 1 - 7 3 5 6 4 9 / F - L / K :

ESCALAS DE VALIDEZ.

En las escalas de validez, el grupo masculino muestra la combinación en la que los principales elementos de la actitud del sujeto son la vivencia exagerada de sus problemas, experimentándolos con una fuerte tensión interna, pero a la vez, dando la sensación de poder resolverlos, tratando de ajustarse a lo convencionalmente establecido.

El grupo femenino se mostró más espontáneo para contestar la prueba (Escala L).

Los dos perfiles presentan la "llamada de auxilio", poniéndose de manifiesto en el grupo femenino a través de la Escala K en la que se observa un pobre autoconcepto e incapacidad para manejar sus problemas; por lo que respecta al grupo masculino, a través de la Escala F. con la exageración de su problemática y tensión interna. En relación a la elevación de esta escala en el grupo masculino, podría surgir una de las condiciones para

invalidar el inventario, sin embargo puede obedecer a que los sujetos insisten en no disimular sus conflictos, sino exagerarlos, lo cual no queda del todo respaldado dada la elevación de la escala 1 Hs.

ESCALAS CLINICAS.

La configuración de ambos perfiles es similar a los del grupo asmático (No. 3 y 4).

La configuración 8-2 de alguna manera está presente, pero como ya se ha mencionado, esto puede deberse a un factor cultural. La Escala 8 Hs en el grupo masculino es el pico de perfil, indicando que presenta problemas en su capacidad para establecer relaciones interpersonales -reflejándose además en la Escala 0 Si- empleando el mecanismo de fuga a la fantasía, diferenciándose del grupo femenino por más de una sigma ($T = 13$). La submuestra femenina también está indicando problemas en relaciones interpersonales (Escala 0 Si), aunque no hay recurrencia a la fantasía.

La Escala 2 D nos indica niveles de preocupación, sin llegar a la depresión, ya que se observa que esta escala sufre una severa reducción en su elevación a través del estudio normativo efectuado por el Dr. Rafael Núñez en población mexicana. (26).

26. Fuentes Reyes, A. E., Mejía Tavera, E., Sandoval García, M. A.; (1979); op. cit.; p. 63.

La preocupación por su salud se continúa observando en estos grupos, aunque un poco menos con respecto a los asmáticos. Esto podría ser un factor indicativo de que el padecimiento está influyendo en la manifestación somática de los pacientes.

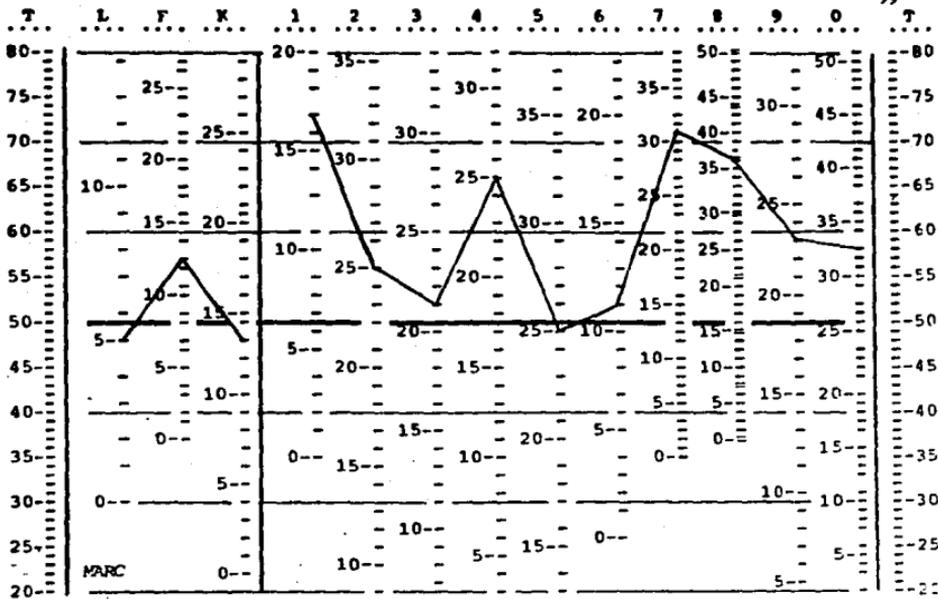
La expresión de impulsividad (Escala 4 Dp) es mayor en el grupo masculino, lo cual puede deberse a características socialmente aceptadas y asignadas al rol. En el perfil femenino con síndrome urticárico encontramos una menor elevación ($T = 9$) en relación al diagnosticado con asma, lo cual señala un mayor conformismo ante las reglas sociales.

Se observa que el grupo masculino presenta tensión, ansiedad e indecisión (Escala 7 Pt), indicando que estos sujetos tienen un control inadecuado para enfrentar su conflictiva emocional. El grupo femenino tiene una elevación inferior ($T=8$) por lo que se deduce la ausencia de estas características. Al comparar este perfil con los del grupo de asma, subsiste esta menor elevación. Al igual que en los grupos asmáticos, encontramos características invertidas en la Escala 5 Mf, con respecto al rol esperado, no siendo muy significativo.

La Escala 9 presenta una sigma de diferencia ($T = 10$) siendo el grupo femenino el más alto, mostrándose más dinámicas y emprendedoras.

MASCULINO

99



5	13	13	10	25	21	20	25	11	18	23	20	33
Agregar factor K			7	5			13		13	3		
Puntaje corregido			17	25			31		36	23		
Fracción K			.5	.4			1.0		1.0	.2		

Basado en las normas del Dr. Rafael Nuñez (N = 400)

OBSERVACIONES:

5A (NORMAS MEXICANAS)

PERFIL GLOBAL MASCULINO SINDROME URTICARICO

N=15

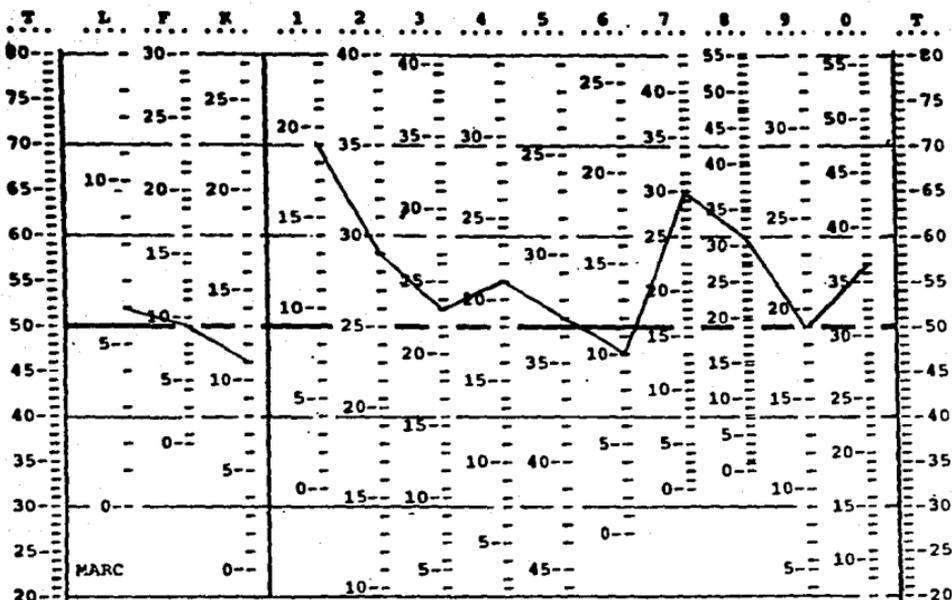
CODIFICACION WELSH:

1 7' 8 4 - 9 0 2 3 6 / 5 : F / L K :

CUBIC:

F E M E N I N O

100



6	9	11	13	29	23	17	33	10	19	20	17	37
Agregar factor K			6		4				11	11	2	
Puntaje corregido			19		21				30	31	19	
Fracción K			.5		.4				1.0	1.0	.2	

Basado en las normas del Dr. Rafael Nuñez (N = 400)

OBSERVACIONES:

6A (NORMAS MEXICANAS)

PERFIL GLOBAL FEMENINO SINDROME URTICARICO

N=15

CODIFICACION WELSH:

1' 7 8 - 2 0 4 3 5 9 / 6 : L F / K :

00000

MASCULINO. SINDROME URTICARICO.

N = 15 Población Mexicana. No. 5 A.

1 7 ' 8 4 - 9 0 2 3 6 / 5 : F / L K :

FEMENINO. SINDROME URTICARICO.

N = 15 Población Mexicana. No. 6 A.

1 ' 7 8 - 2 0 4 3 5 9 / 6 : L F / K :

ESCALAS DE VALIDEZ.

Ambos perfiles son válidos. El grupo masculino presenta la configuración "llamada de auxilio"; y el grupo femenino por la elevación de la Escala K, indica falta de comprensión e incapacidad para resolver sus problemas y su autodescripción es devaluada, así como cierta solicitud de ayuda para solucionar su conflictiva, la configuración de validez en este grupo, puede insinuar características histeroides.

El grupo masculino indica convencionalismo y conformismo (Escala L).

ESCALAS CLINICAS.

La combinación 1-7 de ambos perfiles nos indica que ante la preocupación de una sintomatología física se genera angustia, matizando el pensamiento con ideas fijas de que el padecimiento se agrave. Manifiestan preocupación por su salud con expresiones de somatización con quejas difusas y

vagas. La angustia se canaliza a través de somatizaciones, no obstante es más evidente la presencia de angustia motivada por la preocupación de estar enfermo.

Se observa pensamiento fóbico, tensión, ansiedad e indecisión, tendencias obsesivas con pensamiento mágico. Son sujetos defensivos que se fijan metas inalcanzables, culpabilizándose, indicando un cuadro de elementos neuróticos. En comparación con el grupo de asma presentan una elevación menor en esta combinación (1-7), confirmando que el padecimiento de asma provoca mayor angustia y somatización, que puede deberse a la afectación del órgano de choque.

El asma influye en alteraciones al sistema respiratorio, siendo más difícil de controlar por su carácter interno; en tanto que el síndrome urticárico afecta a un tejido externo. Esta reacción puede obedecer a la impotencia del menor control del síntoma.

El grupo femenino tiene una elevación menor en las Escalas 1 Hs y 7 Pt con respecto al masculino. Por otro lado también se observa que los grupos femeninos (asma bronquial y síndrome urticárico), denotan este mismo patrón -menor elevación- de la combinación 1-7 en relación a los grupos masculinos (asma bronquial y síndrome urticárico), lo que nos demuestra que el grupo masculino vive más alarmantemente

su enfermedad, presentándose una mayor conflictiva en su vida cotidiana.

Las escalas 1 Hs y 7 Pt con respecto a normas originales presentan diferencias significativas, siendo más bajas en población mexicana. Son personas con tendencias a la preocupación y al aislamiento, siendo más evidente en el grupo masculino (Escala 8 Es) con relaciones interpersonales poco profundas (Escala 0 Si). Con respecto a normas originales presentan mayor elevación.

El grupo femenino se comporta con mayor conformismo ante las figuras de autoridad y mejor control de impulsos, no así el grupo masculino, quienes manifiestan inconformidad por las reglas sociales impuestas (Escala 4 Dp), caracterizándose por ser hostiles y agresivos en sus relaciones interpersonales (Escala 6 Pa). Este grupo refleja mayor conflictiva en relación al grupo masculino con asma, lo cual puede deberse a que el grupo asmático distrae su energía a través de la somatización. Por lo que respecta al grupo femenino con síndrome urticárico es el que muestra mayor control de impulsos en comparación con el resto de los subgrupos. Se caracterizan por tener energía y ser entusiastas (Escala 2 D y 9 Ma). Se comportan de acuerdo al rol esperado (Escala 5 Mf).

CUADRO Nº1

104

COMPARACION ENTRE SEXOS (ASMA/SINDROME)

E	FEMENINO n=30		MASCULINO n=30		t	INTERPRETACION:	RELACION:
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	5.43	2.61	4.87	3.40	0.71	n.s.	F/M
F	11.47	7.84	10.60	6.33	0.46	n.s.	F/M
K	10.33	3.54	12.93	5.56	-2.12	n.s.	F/M
1	13.70	4.11	11.10	4.93	2.18	*	F/M
2	30.03	5.10	24.77	4.46	4.19	**	F/M
3	24.60	4.74	22.17	6.13	1.69	*	F/M
4	18.77	4.96	19.60	4.12	-0.70	n.s.	F/M
5	33.73	5.15	24.63	5.67	6.40	**	F/M
6	11.37	4.13	10.43	4.75	0.80	n.s.	F/M
7	21.57	8.14	17.73	7.82	1.83	*	F/M
8	24.43	10.70	21.40	10.95	1.07	n.s.	F/M
9	18.57	6.13	18.57	4.86	0.00	n.s.	F/M
0	37.37	7.73	33.83	9.29	1.57	n.s.	F/M

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 2

COMPARACION ENTRE PADECIMIENTOS (FEMENINO/MASCULINO)

E	ASMA n=30		SINDROME n=30		t	INTERPRETACION:	RELACION:
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	4.83	2.67	5.47	3.35	0.80	n.s.	S/A
F	11.30	7.87	10.77	6.31	-0.28	n.s.	S/A
K	11.33	4.04	11.93	5.52	0.47	n.s.	S/A
1	13.13	5.18	11.67	4.09	-1.20	n.s.	S/A
2	27.90	5.79	26.90	5.36	-0.68	n.s.	S/A
3	24.33	5.30	22.43	5.75	-1.31	n.s.	S/A
4	20.10	3.72	18.27	5.13	-1.56	n.s.	S/A
5	29.10	7.19	29.27	7.05	0.09	n.s.	S/A
6	11.20	4.89	10.60	4.00	-0.51	n.s.	S/A
7	21.00	7.97	18.30	8.12	-1.28	n.s.	S/A
8	24.70	10.93	21.13	10.64	-1.26	n.s.	S/A
9	18.90	5.15	18.23	5.88	-0.46	n.s.	S/A
0	35.93	8.18	35.27	9.25	-0.29	n.s.	S/A

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 3

COMPARACION ENTRE SEXOS (ASMA)

E	FEMENINO n=15		MASCULINO n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	s	\bar{X}	s			
L	5.20	2.43	4.47	2.92	0.72	n.s.	F/M
F	14.13	9.50	8.47	4.56	2.01	*	F/M
K	9.93	3.24	12.73	4.37	-1.93	n.s.	F/M
1	14.53	4.87	11.73	5.27	1.46	n.s.	F/M
2	30.93	4.99	24.87	4.98	3.22	**	F/M
3	25.80	4.54	22.87	5.74	1.50	n.s.	F/M
4	20.80	4.18	19.40	3.18	1.00	n.s.	F/M
5	34.00	5.10	24.20	5.45	4.91	**	F/M
6	12.40	4.45	10.00	5.17	1.32	n.s.	F/M
7	24.20	7.11	17.80	7.67	2.29	*	F/M
8	29.27	10.45	20.13	9.67	2.40	*	F/M
9	20.47	4.84	17.33	5.12	1.66	n.s.	F/M
0	37.53	8.75	34.33	7.74	1.02	n.s.	F/M

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 4

COMPARACION ENTRE SEXOS (SINDROME)

E	FEMENINO n=15		MASCULINO n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	s	\bar{X}	s			
L	5.67	2.85	5.27	3.88	0.31	n.s.	F/M
F	8.80	4.68	12.73	7.24	-1.71	n.s.	F/M
K	10.73	3.88	13.13	6.71	-1.16	n.s.	F/M
1	12.87	3.14	10.47	4.66	1.60	n.s.	F/M
2	29.13	5.21	24.67	4.05	2.53	**	F/M
3	23.40	4.78	21.47	6.61	0.89	n.s.	F/M
4	16.73	4.96	19.80	4.99	-1.63	n.s.	F/M
5	33.47	5.36	25.07	6.04	3.89	**	F/M
6	10.33	3.64	10.87	4.44	-0.35	n.s.	F/M
7	18.93	8.46	17.67	8.23	0.40	n.s.	F/M
8	19.60	8.83	22.67	12.30	-0.76	n.s.	F/M
9	16.67	6.84	19.80	4.41	-1.44	n.s.	F/M
0	37.20	6.88	33.33	10.88	1.12	n.s.	F/M

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 5

106

COMPARACION ENTRE PADECIMIENTOS (MASCULINO)

E	ASMA n=15		SINDROME n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	4.47	2.92	5.27	3.88	0.62	n.s.	S/A
F	8.47	4.56	12.73	7.24	1.87	*	S/A
K	12.73	4.37	13.13	6.71	0.19	n.s.	S/A
1	11.73	5.27	10.47	4.66	-0.67	n.s.	S/A
2	24.87	4.98	24.67	4.05	-0.12	n.s.	S/A
3	22.87	5.74	21.47	6.61	-0.60	n.s.	S/A
4	19.40	3.18	19.80	4.99	0.25	n.s.	S/A
5	24.20	5.45	25.07	6.04	0.40	n.s.	S/A
6	10.00	5.17	10.87	4.44	0.48	n.s.	S/A
7	17.80	7.67	17.67	8.23	-0.04	n.s.	S/A
8	20.13	9.67	22.67	12.30	0.61	n.s.	S/A
9	17.33	5.12	19.80	4.41	1.37	n.s.	S/A
0	34.33	7.74	33.33	10.88	-0.28	n.s.	S/A

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 6

COMPARACION ENTRE PADECIMIENTOS (FEMENINO)

E	ASMA n=15		SINDROME n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	5.20	2.43	5.67	2.85	-0.47	n.s.	A/S
F	14.13	9.50	8.80	4.68	1.88	*	A/S
K	9.93	3.24	10.73	3.88	-0.59	n.s.	A/S
1	14.53	4.87	12.87	3.14	1.08	n.s.	A/S
2	30.93	4.99	29.13	5.21	0.93	n.s.	A/S
3	25.80	4.54	23.40	4.78	1.36	n.s.	A/S
4	20.80	4.18	16.73	4.96	2.35	*	A/S
5	34.00	5.10	33.47	5.36	0.27	n.s.	A/S
6	12.40	4.45	10.33	3.64	1.34	n.s.	A/S
7	24.20	7.11	18.93	8.46	1.78	*	A/S
8	29.27	10.45	19.60	8.83	2.64	**	A/S
9	20.47	4.84	16.67	6.84	1.70	n.s.	A/S
0	37.53	8.75	37.20	6.88	0.11	n.s.	A/S

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 7

COMPARACION ENTRE PADECIMIENTOS Y SEXOS

E	ASMA-MASC. n=15		SIND.-FEM. n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	s	\bar{X}	s			
L	4.47	2.92	5.67	2.85	1.10	n.s.	SF/AM
F	8.47	4.56	8.80	4.68	0.19	n.s.	SF/AM
K	12.73	4.37	10.73	3.88	-1.28	n.s.	SF/AM
1	11.73	5.27	12.87	3.14	0.69	n.s.	SF/AM
2	24.87	4.98	29.13	5.21	2.21	*	SF/AM
3	22.87	5.74	23.40	4.78	0.27	n.s.	SF/AM
4	19.40	3.18	16.73	4.96	-1.69	n.s.	SF/AM
5	24.20	5.45	33.47	5.36	4.54	**	SF/AM
6	10.00	5.17	10.33	3.64	0.20	n.s.	SF/AM
7	17.80	7.67	18.93	8.46	0.37	n.s.	SF/AM
8	20.13	9.67	19.60	8.83	-0.15	n.s.	SF/AM
9	17.33	5.12	16.67	6.84	-0.29	n.s.	SF/AM
0	34.33	7.74	37.20	6.88	1.04	n.s.	SF/AM

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 8

COMPARACION ENTRE PADECIMIENTOS Y SEXOS

E	ASMA-FEM. n=15		SIND.-MASC. n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	s	\bar{X}	s			
L	5.20	2.43	5.27	3.88	-0.05	n.s.	AF/SM
F	14.13	9.50	12.73	7.24	0.44	n.s.	AF/SM
K	9.93	3.24	13.13	6.71	-1.61	n.s.	AF/SM
1	14.53	4.87	10.47	4.66	2.26	*	AF/SM
2	30.93	4.99	24.67	4.05	3.65	**	AF/SM
3	25.80	4.54	21.47	6.61	2.02	*	AF/SM
4	20.80	4.18	19.80	4.99	0.58	n.s.	AF/SM
5	34.00	5.10	25.07	6.04	4.23	**	AF/SM
6	12.40	4.45	10.87	4.44	0.91	n.s.	AF/SM
7	24.20	7.11	17.67	8.23	2.25	*	AF/SM
8	29.27	10.45	22.67	12.30	1.53	n.s.	AF/SM
9	20.47	4.84	19.80	4.41	0.38	n.s.	AF/SM
0	37.53	8.75	33.33	10.88	1.13	n.s.	AF/SM

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

T A B L A N O 9

MEDIA Y DESVIACIONES ESTANDAR MEXICO

ESCALA	GRUPO FEMENINO N=400		GRUPO MASCULINO N=400	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S
L	5.55	2.83	5.66	2.89
F	9.14	7.04	8.22	6.44
K	12.94	4.82	14.25	5.08
1	9.05	5.08	6.55	4.48
2	24.86	5.13	22.19	4.46
3	21.87	6.15	20.30	4.54
4	18.21	5.50	17.45	4.85
5	33.40	4.33	25.38	4.10
6	11.43	5.07	10.27	4.32
7	16.32	8.98	13.04	8.54
8	19.24	11.77	15.63	11.62
9	18.94	5.07	18.72	4.68
0	31.16	8.17	26.14	8.16

CUADRO Nº 10

COMPARACION DE PUNTAJES OBTENIDOS EN ESTE ESTUDIO (ALERGIA) VS POBLACION MEXICANA
M A S C U L I N O

E	ASMA-SINDROME n=30		POB. MEXICANA n=400		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	4.87	3.40	5.66	2.89	-1.43	n.s.	AS/MEX
F	10.60	6.33	8.22	6.44	1.95	n.s.	AS/MEX
K	12.93	5.56	14.25	5.08	-1.36	n.s.	AS/MEX
1	11.10	4.93	6.55	4.48	5.31	**	AS/MEX
2	24.77	4.46	22.19	4.46	3.04	**	AS/MEX
3	22.17	6.13	20.30	4.54	2.11	*	AS/MEX
4	19.60	4.12	17.45	4.85	2.36	*	AS/MEX
5	24.63	5.67	25.38	4.10	-0.93	n.s.	AS/MEX
6	10.43	4.75	10.27	4.32	0.20	n.s.	AS/MEX
7	17.73	7.82	13.04	8.54	2.91	**	AS/MEX
8	21.40	10.95	15.63	11.62	2.63	**	AS/MEX
9	18.57	4.86	18.72	4.68	-0.17	n.s.	AS/MEX
0	33.83	9.29	26.14	8.16	4.92	**	AS/MEX

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 11

COMPARACION DE PUNTAJES OBTENIDOS EN ESTE ESTUDIO (ALERGIA) VS POBLACION MEXICANA
F E M E N I N O

E	ASMA-SINDROME n=30		POB. MEXICANA n=400		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	5.43	2.61	5.55	2.83	-0.22	n.s.	AS/MEX
F	11.47	7.84	9.14	7.04	1.73	n.s.	AS/MEX
K	10.33	3.54	12.94	4.82	-2.90	**	AS/MEX
1	13.70	4.11	9.05	5.08	4.88	**	AS/MEX
2	30.03	5.10	24.86	5.13	5.32	**	AS/MEX
3	24.60	4.74	21.87	6.15	2.37	*	AS/MEX
4	18.77	4.96	18.21	5.50	0.54	n.s.	AS/MEX
5	33.73	5.15	33.40	4.33	0.40	n.s.	AS/MEX
6	11.37	4.13	11.43	5.07	-0.07	n.s.	AS/MEX
7	21.57	8.14	16.32	8.98	3.10	**	AS/MEX
8	24.43	10.70	19.24	11.77	2.34	*	AS/MEX
9	18.57	6.13	18.94	5.07	-0.38	n.s.	AS/MEX
0	37.37	7.73	31.16	8.17	4.02	**	AS/MEX

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 12

COMPARACION ENTRE PADECIMIENTOS (FEMENINO/MASCULINO)

E	ASMA n=30		SINDROME n=30		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	s	\bar{X}	s			
L	4.83	2.67	5.47	3.35	0.80	**	S/A
F	11.30	7.87	10.77	6.31	-0.28	**	S/A
K	11.33	4.04	11.93	5.52	0.47	**	S/A
1	13.13	5.18	11.67	4.09	-1.20	**	S/A
2	27.90	5.79	26.90	5.36	-0.68	**	S/A
3	24.33	5.30	22.43	5.75	-1.31	**	S/A
4	20.10	3.72	18.27	5.13	-1.56	**	S/A
5	29.10	7.19	29.27	7.05	0.09	**	S/A
6	11.20	4.89	10.60	4.00	-0.51	**	S/A
7	21.00	7.97	18.30	8.12	-1.28	**	S/A
8	24.70	10.93	21.13	10.64	-1.26	**	S/A
9	18.90	5.15	18.23	5.88	-0.46	**	S/A
0	35.93	8.18	35.27	9.25	-0.29	**	S/A

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 13

111

COMPARACION ENTRE PADECIMIENTOS (MASCULINO)

E	ASMA n=15		SINDROME n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	4.47	2.92	5.27	3.88	0.62	**	S/A
F	8.47	4.56	12.73	7.24	1.87	**	S/A
K	12.73	4.37	13.13	6.71	0.19	**	S/A
1	11.73	5.27	10.47	4.66	-0.67	**	S/A
2	24.87	4.98	24.67	4.05	-0.12	**	S/A
3	22.87	5.74	21.47	6.61	-0.60	**	S/A
4	19.40	3.18	19.80	4.99	0.25	**	S/A
5	24.20	5.45	25.07	6.04	0.40	**	S/A
6	10.00	5.17	10.87	4.44	0.48	**	S/A
7	17.80	7.67	17.67	8.23	-0.04	**	S/A
8	20.13	9.67	22.67	12.30	0.61	**	S/A
9	17.33	5.12	19.80	4.41	1.37	**	S/A
0	34.33	7.74	33.33	10.88	-0.28	**	S/A

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 14

COMPARACION ENTRE PADECIMIENTOS (FEMENINO)

E	ASMA n=15		SINDROME n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	5.20	2.43	5.67	2.85	-0.47	**	A/S
F	14.13	9.50	8.80	4.68	1.88	**	A/S
K	9.93	3.24	10.73	3.88	-0.59	**	A/S
1	14.53	4.87	12.87	3.14	1.08	**	A/S
2	30.93	4.99	29.13	5.21	0.93	**	A/S
3	25.80	4.54	23.40	4.78	1.36	**	A/S
4	20.80	4.18	16.73	4.96	2.35	**	A/S
5	34.00	5.10	33.47	5.36	0.27	**	A/S
6	12.40	4.45	10.33	3.64	1.34	**	A/S
7	24.20	7.11	18.93	8.46	1.78	**	A/S
8	29.27	10.45	19.60	8.83	2.64	**	A/S
9	20.47	4.84	16.67	6.84	1.70	**	A/S
0	37.53	8.75	37.20	6.88	0.11	**	A/S

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 15
COMPARACION ENTRE PADECIMIENTOS Y SEXOS

112

E	ASMA-MASC. n=15		SIND.-FEM. n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{x}	s	\bar{x}	s			
L	4.47	2.92	5.67	2.85	1.10	**	SF/AM
F	8.47	4.56	8.80	4.68	0.19	**	SF/AM
K	12.73	4.37	10.73	3.88	-1.28	**	SF/AM
1	11.73	5.27	12.87	3.14	0.69	**	SF/AM
2	24.87	4.98	29.13	5.21	2.21	**	SF/AM
3	22.87	5.74	23.40	4.78	0.27	**	SF/AM
4	19.40	3.18	16.73	4.96	-1.69	**	SF/AM
5	24.20	5.45	33.47	5.36	4.54	n.s.	SF/AM
6	10.00	5.17	10.33	3.64	0.20	**	SF/AM
7	17.80	7.67	18.93	8.46	0.37	**	SF/AM
8	20.13	9.67	19.60	8.83	-0.15	**	SF/AM
9	17.33	5.12	16.67	6.84	-0.29	**	SF/AM
0	34.33	7.74	37.20	6.88	1.04	**	SF/AM

* Significancia al 0.05
** Significancia al 0.01
n.s. No significativo

CUADRO Nº 16
COMPARACION ENTRE PADECIMIENTOS Y SEXOS

E	ASMA-FEM. n=15		SIND.-MASC. n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{x}	s	\bar{x}	s			
L	5.20	2.43	5.27	3.88	-0.05	**	AF/SM
F	14.13	9.50	12.73	7.24	0.44	**	AF/SM
K	9.93	3.24	13.13	6.71	-1.61	**	AF/SM
1	14.53	4.87	10.47	4.66	2.26	**	AF/SM
2	30.93	4.99	24.67	4.05	3.65	n.s.	AF/SM
3	25.80	4.54	21.47	6.61	2.02	**	AF/SM
4	20.80	4.18	19.80	4.99	0.58	**	AF/SM
5	34.00	5.10	25.07	6.04	4.23	n.s.	AF/SM
6	12.40	4.45	10.87	4.44	0.91	**	AF/SM
7	24.20	7.11	17.67	8.23	2.25	**	AF/SM
8	29.27	10.45	22.67	12.30	1.53	**	AF/SM
9	20.47	4.84	19.80	4.41	0.38	**	AF/SM
0	37.53	8.75	33.33	10.88	1.13	**	AF/SM

* Significancia al 0.05
** Significancia al 0.01
n.s. No significativo

CUADRO Nº 17

COMPARACION ENTRE SEXOS (ASMA/SINDROME)

E	FEMENINO n=30		MASCULINO n=30		t	INTERPRETACION:	RELACION:
	\bar{x}	S	\bar{x}	S			
L	5.43	2.61	4.87	3.40	0.71	**	F/M
F	11.47	7.84	10.60	6.33	0.46	**	F/M
K	10.33	3.54	12.93	5.56	-2.12	**	F/M
1	13.70	4.11	11.10	4.93	2.18	**	F/M
2	30.03	5.10	24.77	4.46	4.19	n.s.	F/M
3	24.60	4.74	22.17	6.13	1.69	**	F/M
4	18.77	4.96	19.60	4.12	-0.70	**	F/M
5	33.73	5.15	24.63	5.67	6.40	n.s.	F/M
6	11.37	4.13	10.43	4.75	0.80	**	F/M
7	21.57	8.14	17.73	7.82	1.83	**	F/M
8	24.43	10.70	21.40	10.95	1.07	**	F/M
9	18.57	6.13	18.57	4.86	0.00	**	F/M
0	37.37	7.73	33.83	9.29	1.57	**	F/M

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 18
COMPARACION ENTRE SEXOS (ASMA)

E	FEMENINO n=15		MASCULINO n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	5.20	2.43	4.47	2.92	0.72	**	F/M
F	14.13	9.50	8.47	4.56	2.01	**	F/M
K	9.93	3.24	12.73	4.37	-1.93	**	F/M
1	14.53	4.87	11.73	5.27	1.46	**	F/M
2	30.93	4.99	24.87	4.98	3.22	n.s.	F/M
3	25.80	4.54	22.87	5.74	1.50	**	F/M
4	20.80	4.18	19.40	3.18	1.00	**	F/M
5	34.00	5.10	24.20	5.45	4.91	n.s.	F/M
6	12.40	4.45	10.00	5.17	1.32	**	F/M
7	24.20	7.11	17.80	7.67	2.29	**	F/M
8	29.27	10.45	20.13	9.67	2.40	**	F/M
9	20.47	4.84	17.33	5.12	1.66	**	F/M
0	37.53	8.75	34.33	7.74	1.02	**	F/M

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 19
COMPARACION ENTRE SEXOS (SINDROME)

E	FEMENINO n=15		MASCULINO n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	5.67	2.85	5.27	3.88	0.31	**	F/M
F	8.80	4.68	12.73	7.24	-1.71	**	F/M
K	10.73	3.88	13.13	6.71	-1.16	**	F/M
1	12.87	3.14	10.47	4.66	1.60	**	F/M
2	29.13	5.21	24.67	4.05	2.53	**	F/M
3	23.40	4.78	21.47	6.61	0.89	**	F/M
4	16.73	4.96	19.80	4.99	-1.63	**	F/M
5	33.47	5.36	25.07	6.04	3.89	n.s.	F/M
6	10.33	3.64	10.87	4.44	-0.35	**	F/M
7	18.93	8.46	17.67	8.23	0.40	**	F/M
8	19.60	8.83	22.67	12.30	-0.76	**	F/M
9	16.67	6.84	19.80	4.41	-1.44	**	F/M
0	37.20	6.88	33.53	10.88	1.12	**	F/M

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 20
COMPARACION ENTRE PADECIMIENTOS Y SEXOS

115

E	ASMA-FEM. n=15		SIND.-MASC. n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	5.20	2.43	5.27	3.88	-0.05	n.s.	AF/SM
F	14.13	9.50	12.73	7.24	0.44	n.s.	AF/SM
K	9.93	3.24	13.13	6.71	-1.61	n.s.	AF/SM
1	14.53	4.87	10.47	4.66	2.26	*	AF/SM
2	30.93	4.99	24.67	4.05	3.65	**	AF/SM
3	25.80	4.54	21.47	6.61	2.02	*	AF/SM
4	20.80	4.18	19.80	4.99	0.58	n.s.	AF/SM
5	34.00	5.10	25.07	6.04	4.23	**	AF/SM
6	12.40	4.45	10.87	4.44	0.91	n.s.	AF/SM
7	24.20	7.11	17.67	8.23	2.25	*	AF/SM
8	29.27	10.45	22.67	12.30	1.53	n.s.	AF/SM
9	20.47	4.84	19.80	4.41	0.38	n.s.	AF/SM
0	37.53	8.75	33.33	10.88	1.13	n.s.	AF/SM

* Significancia al 0.05

** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

CUADRO Nº 21
COMPARACION ENTRE PADECIMIENTOS Y SEXOS

E	ASMA-MASC. n=15		SIND.-FEM. n=15		t	INTERPRETACION	RELACION
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			
L	4.47	2.92	5.67	2.85	1.10	n.s.	SF/AM
F	8.47	4.56	8.80	4.68	0.19	n.s.	SF/AM
K	12.73	4.37	10.73	3.88	-1.28	n.s.	SF/AM
1	11.73	5.27	12.87	3.14	0.69	n.s.	SF/AM
2	24.87	4.98	29.13	5.21	2.21	*	SF/AM
3	22.87	5.74	23.40	4.78	0.27	n.s.	SF/AM
4	19.40	3.18	16.73	4.96	-1.69	n.s.	SF/AM
5	24.20	5.45	33.47	5.36	4.54	**	SF/AM
6	10.00	5.17	10.33	3.64	0.20	n.s.	SF/AM
7	17.80	7.67	18.93	8.46	0.37	n.s.	SF/AM
8	20.13	9.67	19.60	8.83	-0.15	n.s.	SF/AM
9	17.33	5.12	16.67	6.84	-0.29	n.s.	SF/AM
0	34.33	7.74	37.20	6.88	1.04	n.s.	SF/AM

* Significancia al 0.05

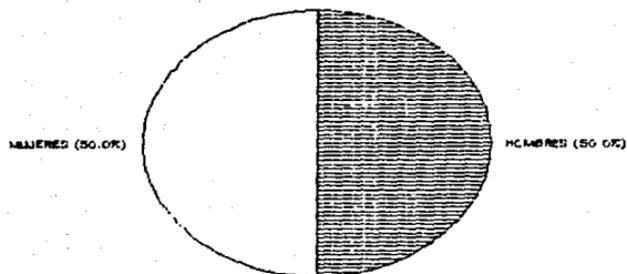
** Significancia al 0.01

n.s. No significativo

5.3.1

INFORMACION GENERAL

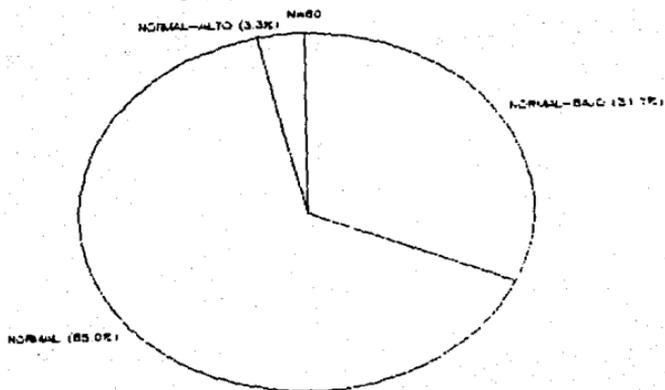
SEXO

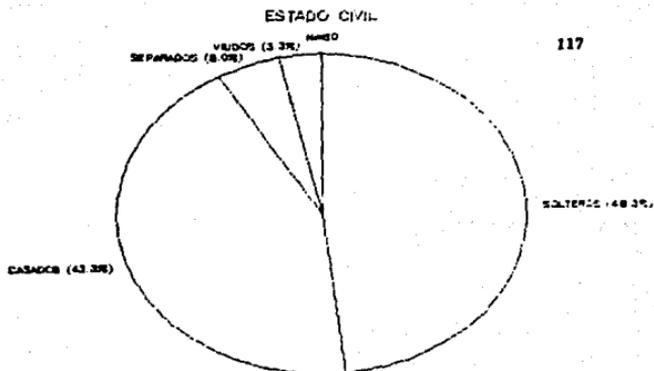


EDAD PROMEDIO DE LA MUESTRA

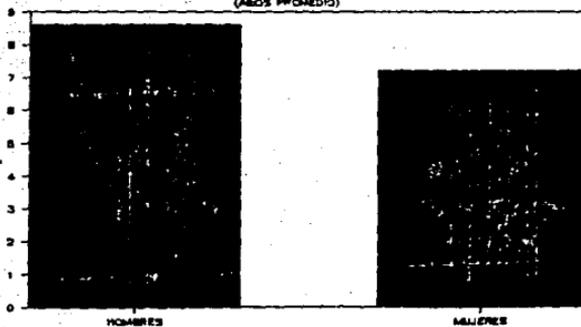
 $\bar{X} = 30$ AÑOS 11 MESES

COEFICIENTE INTELECTUAL

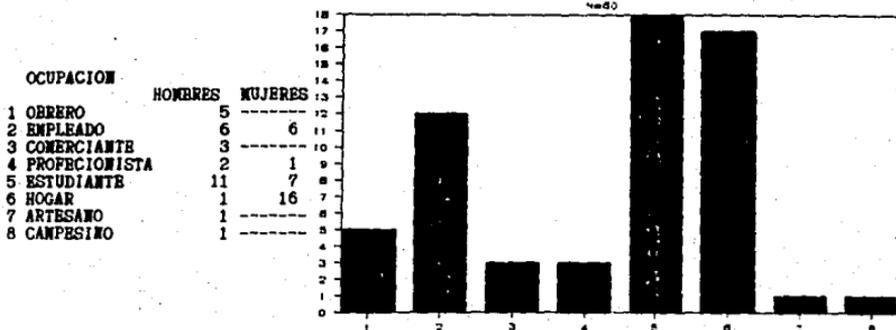




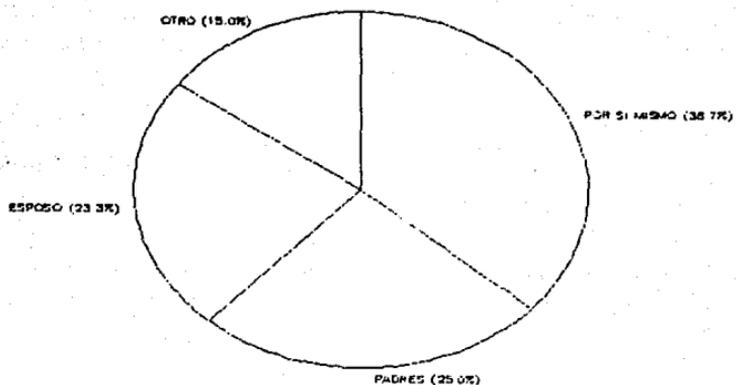
ESCOLARIDAD
(AÑOS PROMEDIO)



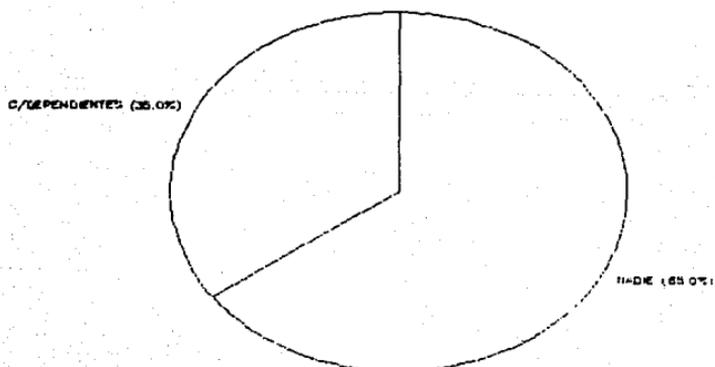
OCUPACION



FUENTE DE INGRESO



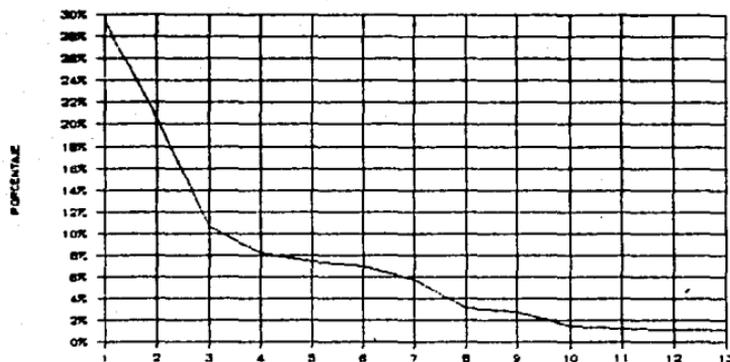
DEPENDENCIA ECONOMICA



No. DE HIJOS DE LOS PACIENTES

$$\bar{X} = 1.94$$

DISTRIBUCION DE INGRESOS



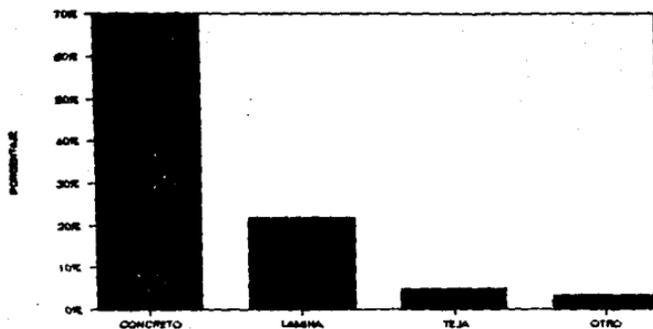
1	EDUCACION	29.51%
2	CONIDA	20.57%
3	OTROS	10.71%
4	VESTIDO	8.17%
5	RENTA	7.40%
6	CREDITO	7.00%
7	DIVERSION	5.80%
8	TRANSPORTE	3.17%
9	ATN MEDICA	2.74%
10	LUZ	1.42%
11	TELEFONO	1.23%
12	COMBUSTIBLE	1.18%
13	AGUA	1.10%

VECES A LA SEMANA QUE COMEN CARNE

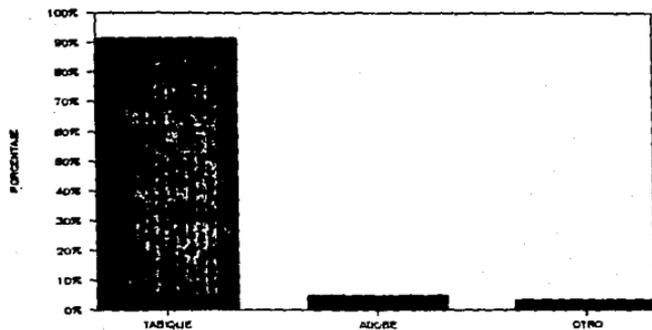
$$\bar{X} = 4.25$$

TECHOS VIVIENDA

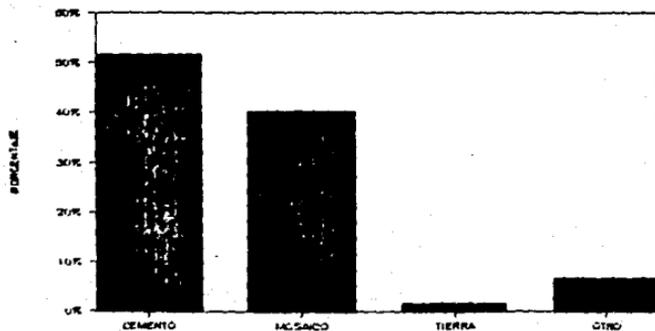
120

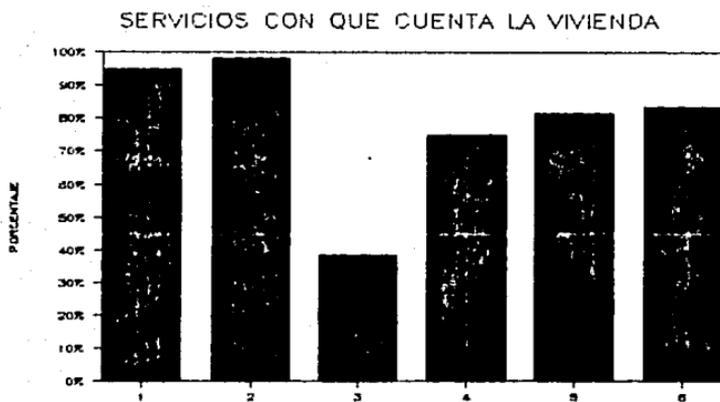
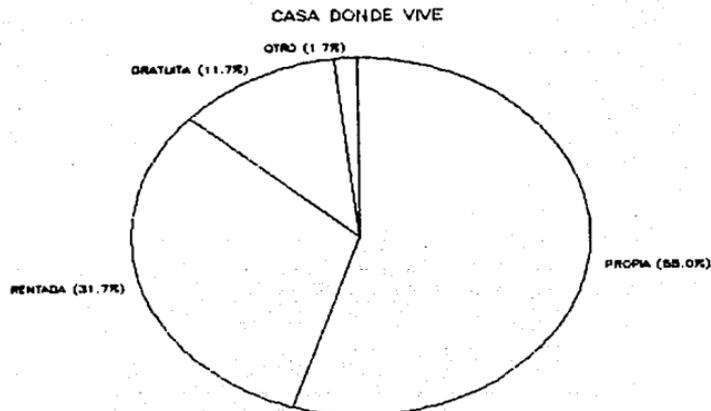


PAREDES VIVIENDA



PISOS VIVIENDA

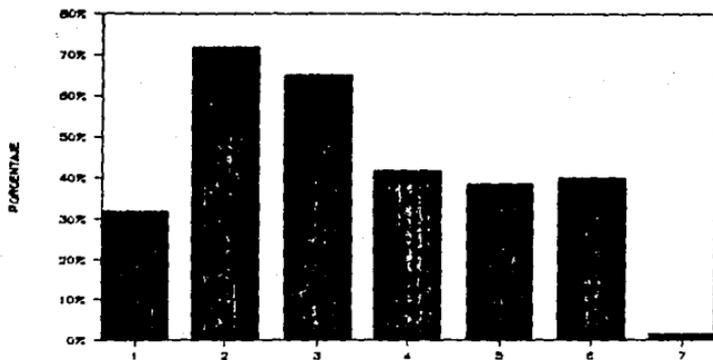




SERVICIOS CON QUE CUENTA LA VIVIENDA:

1	AGUA	57	95.00%
2	LUZ	59	98.33%
3	TELEFONO	23	38.33%
4	PAVIMENTO	45	75.00%
5	DRENAJE	49	81.67%
6	ALUMBRADO PUB	50	83.33%

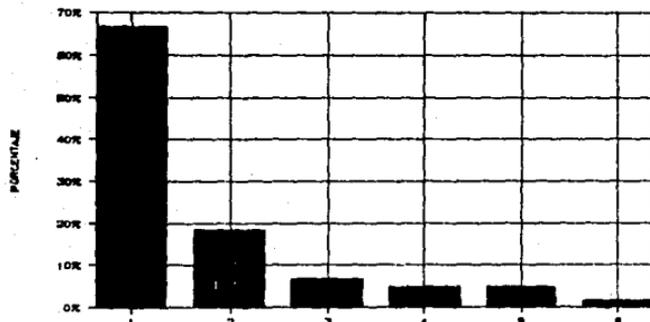
TIPO DE VALORES EN EL HOGAR



TIPO DE VALORES EN HOGAR		
1	RELIGIOSO	19 31.67%
2	FAMILIAR	43 71.67%
3	ECONOMICO	39 65.00%
4	HUMANISTA	25 41.67%
5	SOCIAL	23 33.33%
6	INTELECTUAL	24 40.00%
7	POLITICO	1 1.67%

ACTIVIDADES CULTURALES

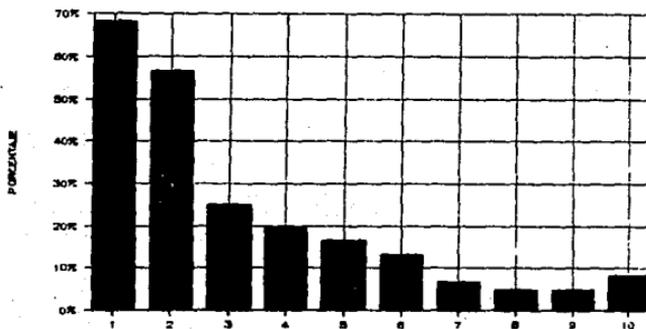
123



ACTIVIDADES CULTURALES:

1	NINGUNA	40	66.67%
2	LECTURA	11	18.33%
3	MUSEOS	4	6.67%
4	CONCIERTOS	3	5.00%
5	DANZA	3	5.00%
6	ESTUDIANTINA	1	1.67%

CUALES SON SUS PASATIEMPOS

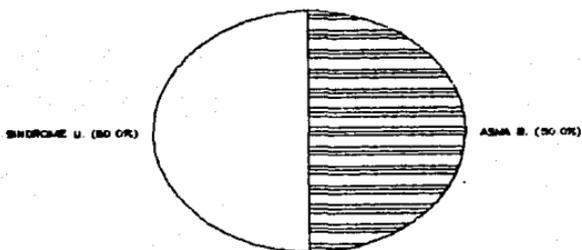


CUALES SON SUS PASATIEMPOS:

1	TELEVISION	41	68.33%
2	CINE	34	56.67%
3	PASEOS Y ESC	15	25.00%
4	TEATRO	12	20.00%
5	RADIO	10	16.67%
6	REUNIONES	8	13.33%
7	TEJER	4	6.67%
8	EVENT. DEPORT	3	5.00%
9	JUEGOS MESA	3	5.00%
10	OTROS	5	8.33%

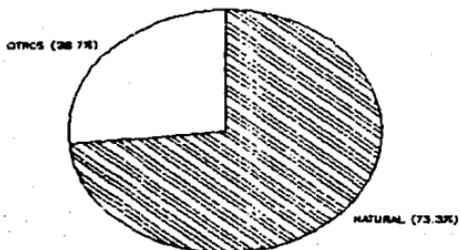
PADECIMIENTO

N = 80



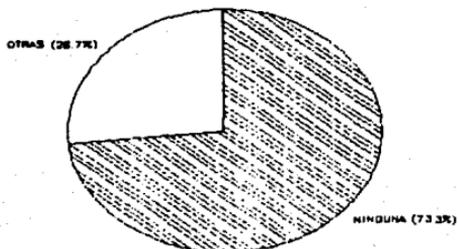
TIPO DE PARTO

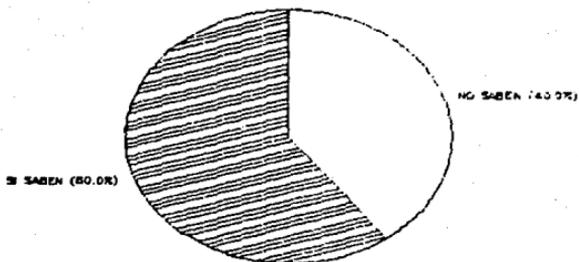
N = 80



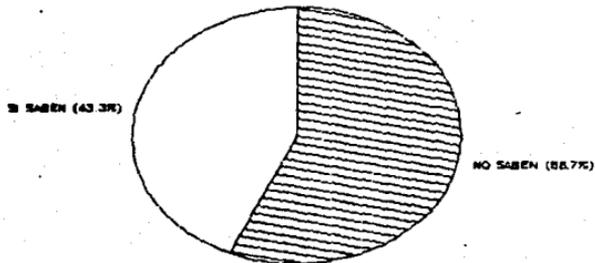
OTRAS ALERGIAS

N = 80

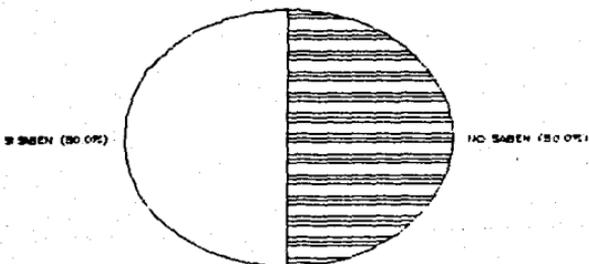




EDAD EN QUE HABLO
(PROMEDIO DE LOS QUE SI SABEN 21 MESES)



EDAD EN QUE CONTROLAN ESFINTERES
(PROMEDIO DE LOS QUE SI SABEN 34 MESES)



MES EN QUE SE PRESENTO POR PRIMERA VEZ SU ENFERMEDAD

MODA = AGOSTO

EDAD EN QUE SE PRESENTO POR PRIMERA VEZ SU ENFERMEDAD

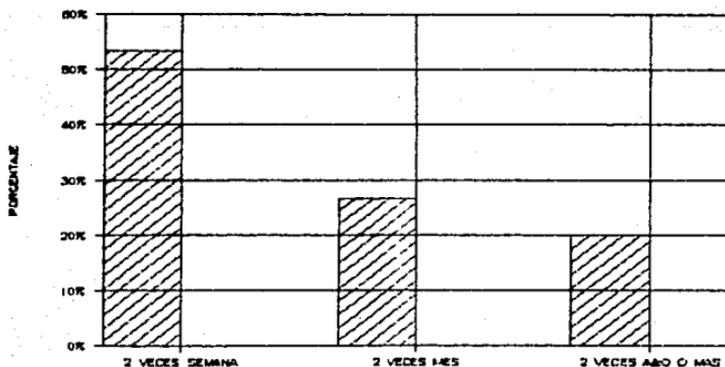
$\bar{X} = 22$ AÑOS

DIFERENCIA DE AÑOS DE LA PRIMERA PRESENTACION DEL PADECIMIENTO
Y EL ACUDIR A CONSULTA

\bar{X} MUJERES = 3 AÑOS

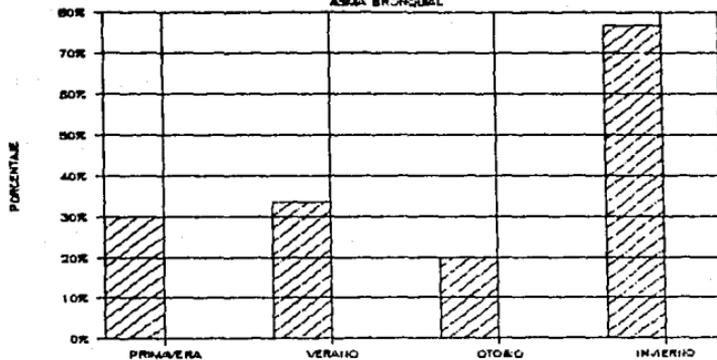
\bar{X} HOMBRES = 6 MESES

FRECUENCIA DE PRESENCIA DEL MALESTAR



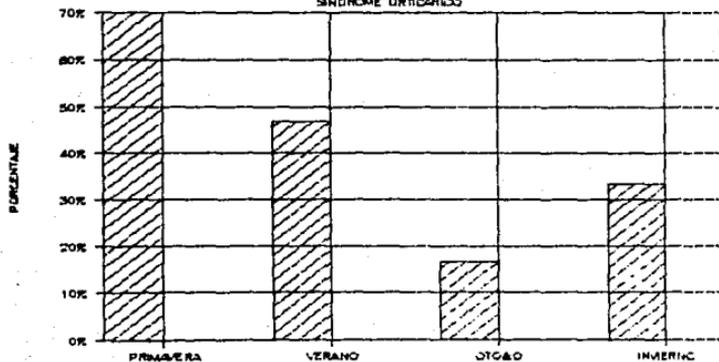
FRECUENCIA POR ESTACION DEL A&O

ASMA BRONQUIAL

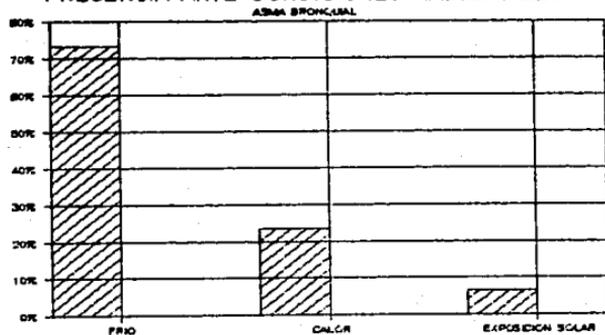


FRECUENCIA POR ESTACION DEL A&O

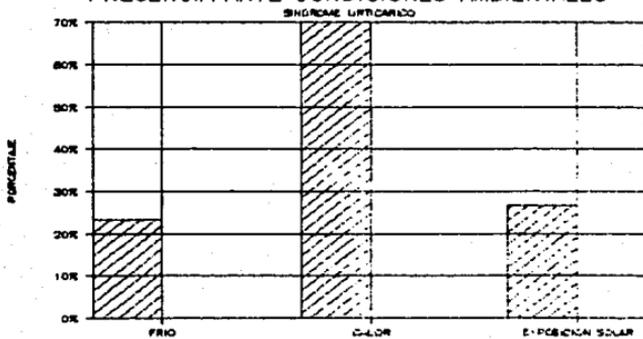
SINDROME URTICARIO



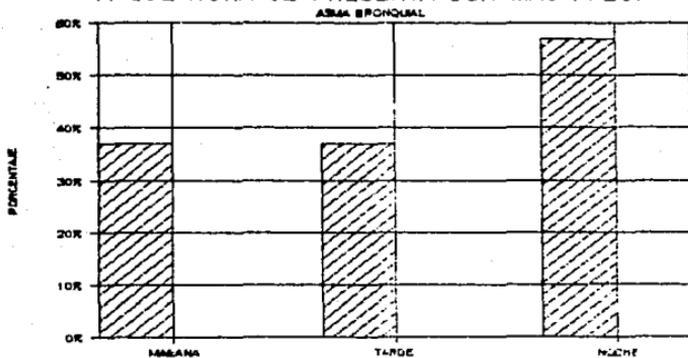
PRESENCIA ANTE CONDICIONES AMBIENTALES



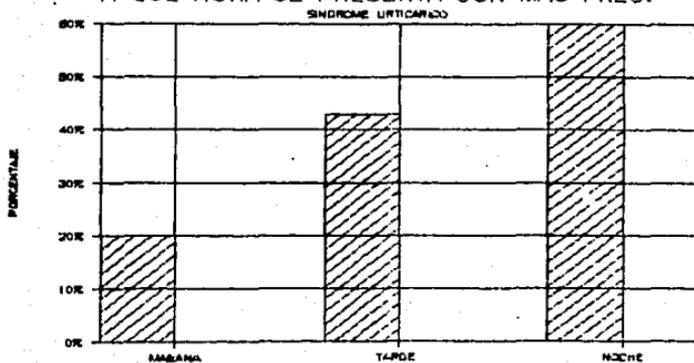
PRESENCIA ANTE CONDICIONES AMBIENTALES



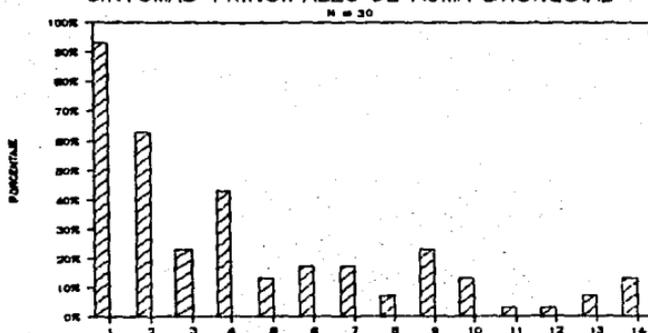
A QUE HORA SE PRESENTA CON MAS FREQ.



A QUE HORA SE PRESENTA CON MAS FREQ.



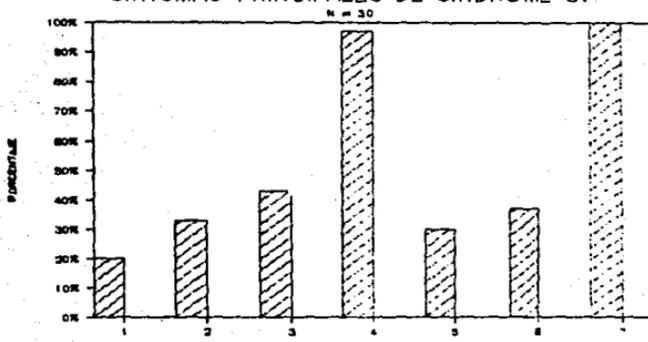
SINTOMAS PRINCIPALES DE ASMA BRONQUIAL



SINTOMAS PRINCIPALES DE ASMA BRONQUIAL

- 1 DISNEA AGUDA PAROXISTICA
- 2 TOS HUMEDA
- 3 TOS SECA
- 4 EXPECTORACION TRANS. P/BOCA
- 5 EXPECTORACION VERDE P/BOCA
- 6 EXPECTORACION AMARILLA BOCA
- 7 SECRECION NASAL TRANSP.
- 8 SECRECION NASAL VERDE
- 9 DOLOR DE PECHO
- 10 DOLOR DE ESPALDA
- 11 SUDORACION
- 12 FRIO
- 13 ORTOPNEA
- 14 CIANOSIS LABIOS

SINTOMAS PRINCIPALES DE SINDROME U.

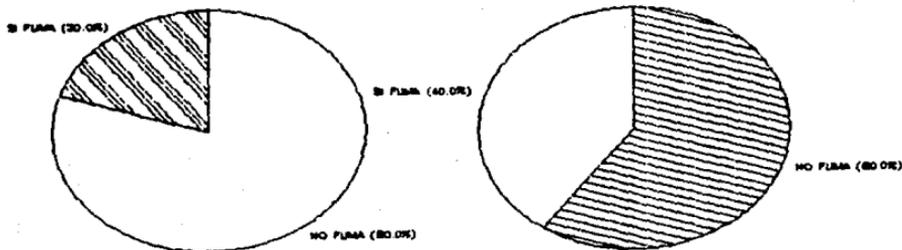


SINTOMAS PRINCIPALES DE SINDROME U.

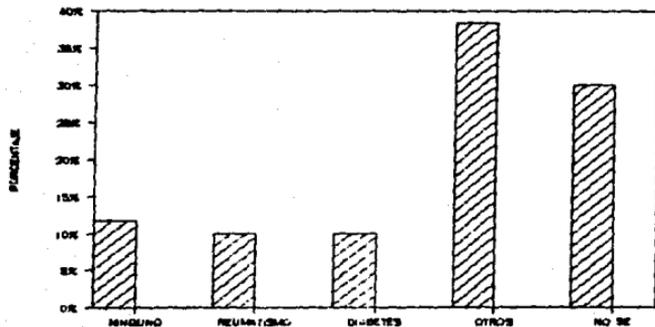
- | | |
|-------------------------|---------|
| 1 RONCHAS DISEMINADAS | 20.00% |
| 2 RONCHAS LOCALIZADAS | 33.00% |
| 3 RONCHAS GENERALIZADAS | 43.00% |
| 4 RONCHAS CON PRURITO | 97.00% |
| 5 HINCHAZON DISEMINADA | 30.00% |
| 6 HINCHAZON LOCALIZADA | 37.00% |
| 7 DERMOGRAFISMO | 100.00% |

PORCENTAJE DE FUMADORES (ASMA B)
(PROMEDIO DE CIGARILLOS 1.6 DIARIOS)

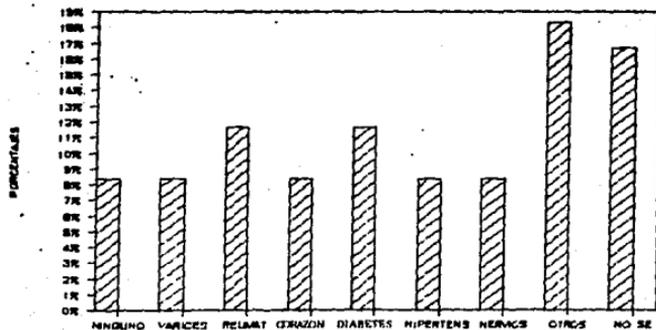
PORCENTAJE DE FUMADORES (SINDROME U.)
(PROMEDIO DE CIGARILLOS 4.25 DIARIOS)



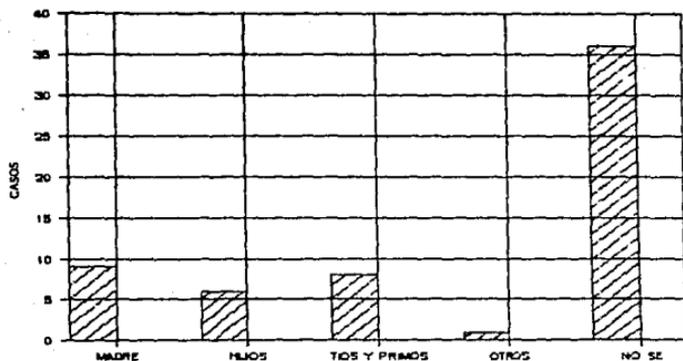
PADECIMIENTOS DEL PADRE



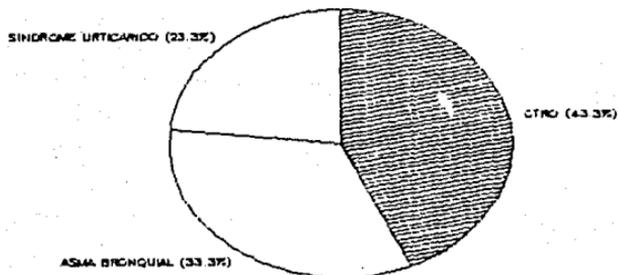
PADECIMIENTOS DE LA MADRE



PARIENTES CON ALGUNA ALERGIA



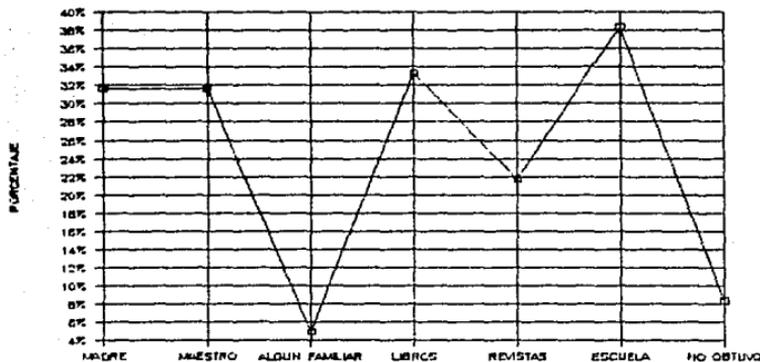
TIPO DE ALERGIA DE LOS PARIENTES



5.3.3

AREA SEXUAL

OBTENCION DE INFORMACION SEXUAL



A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA INFORMACION SEXUAL

\bar{X} F = 13 años 3 meses

\bar{X} M = 12 años 8 meses

\bar{X} T = 13 años

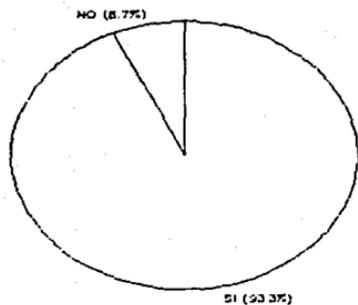
A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA EYACULACION

\bar{X} = 14 años 2 meses

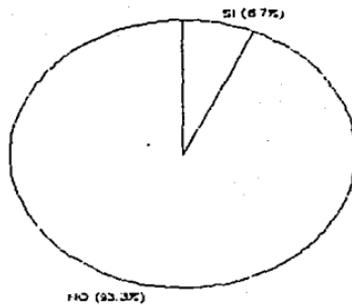
A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA MENSTRUACION

\bar{X} = 13 años

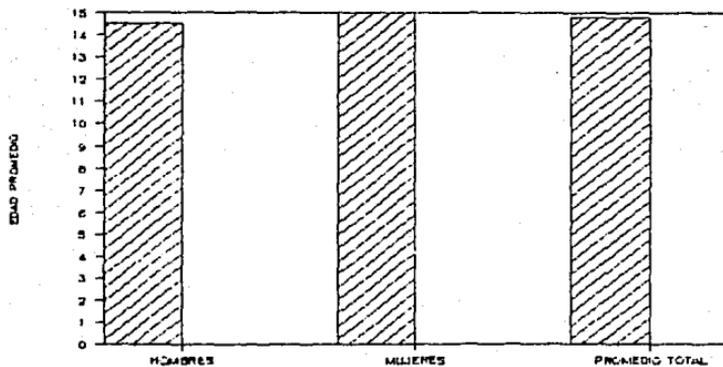
SE MASTURBO ALGUNA VEZ
HOMBRES



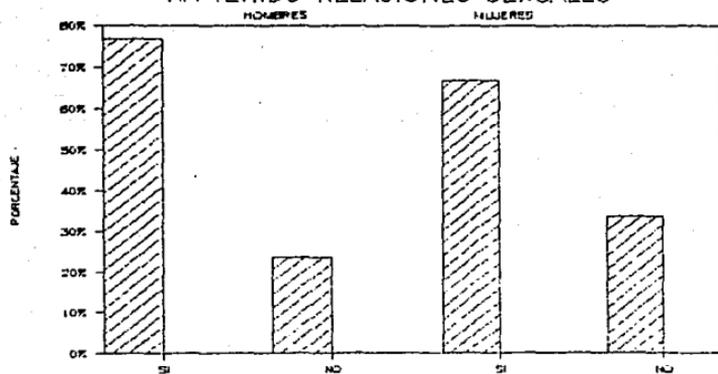
SE MASTURBO ALGUNA VEZ
MUJERES



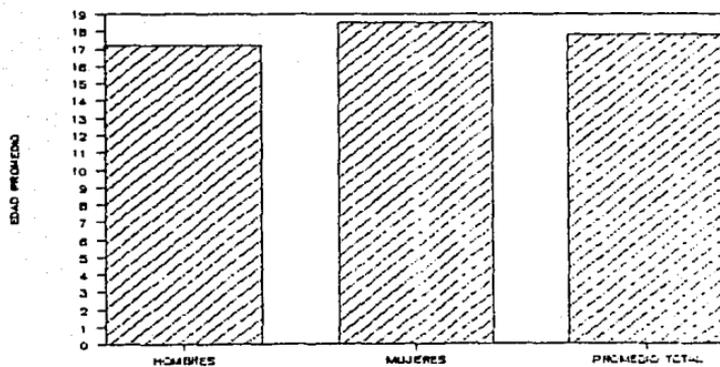
A QUE EDAD SE MASTURBABA



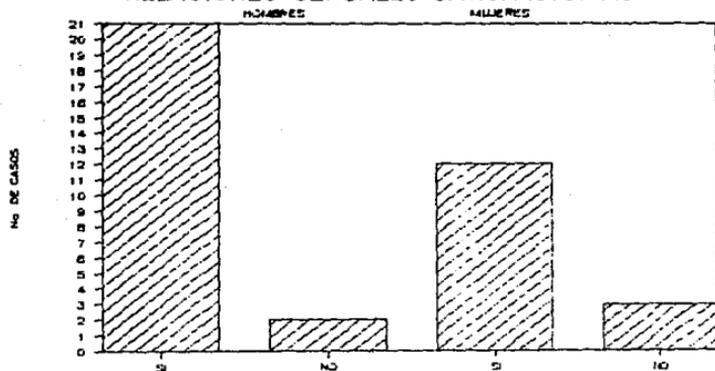
HA TENIDO RELACIONES SEXUALES



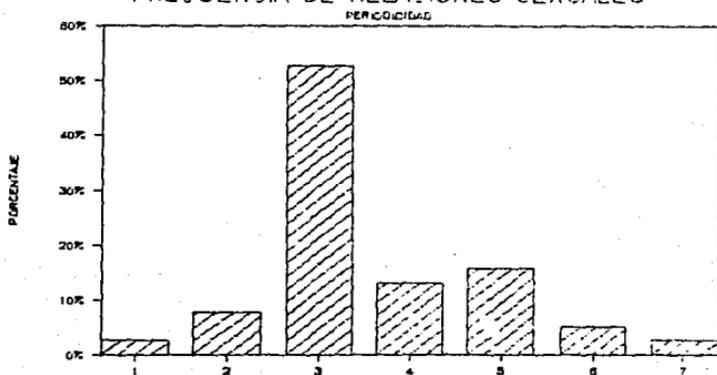
A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA RELACION



RELACIONES SEXUALES SATISFATORIAS



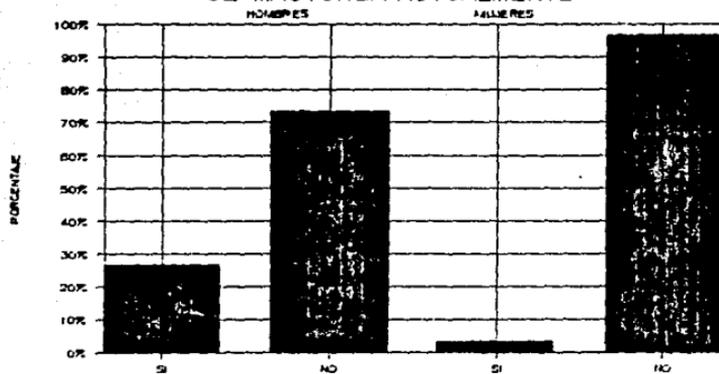
FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES



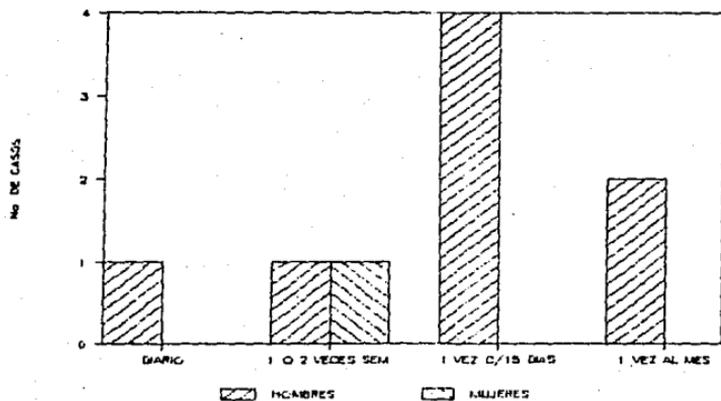
CON QUE FRECUENCIA TIENE REL. SEXUALES

1	4 O MAS VECES SEMANA	1	2.63%
2	3 O MAS VECES SEMANA	3	7.89%
3	1 O 2 VECES SEMANA	20	52.63%
4	1 VEZ C/15 DIAS	5	13.16%
5	1 VEZ AL MES	6	15.79%
6	1 VEZ C/3 MESES	2	5.26%
7	1 VEZ C/6 MESES	1	2.63%

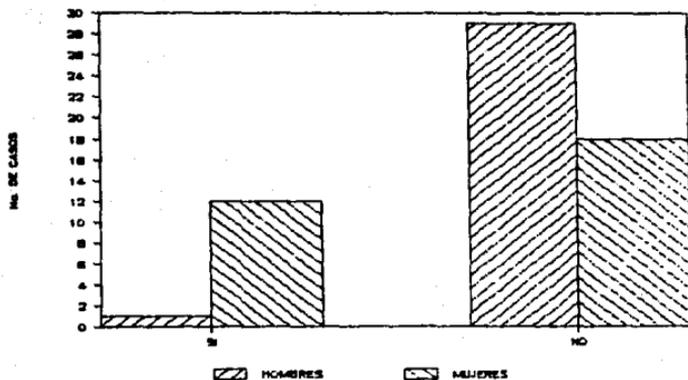
SE MASTURBA ACTUALMENTE



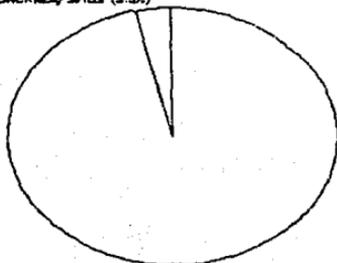
CON QUE FRECUENCIA SE MASTURBA



HA PADECIDO ENFERMEDAD GENITOURINARIA

QUE ENFERMEDAD HA PADECIDO
HOMBRES

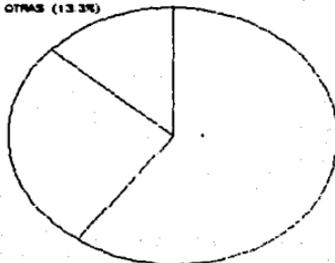
GONORREA/SIFILIS (3.3%)

QUE ENFERMEDAD HA PADECIDO
MUJERES

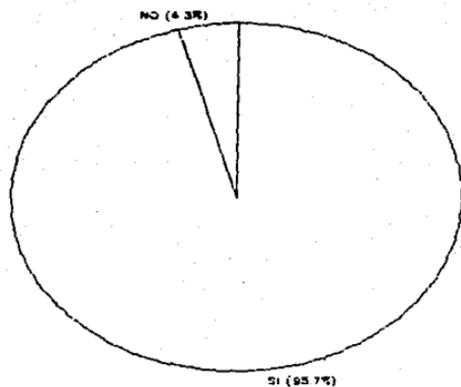
LEUCORREA (28.7%)

OTRAS (13.3%)

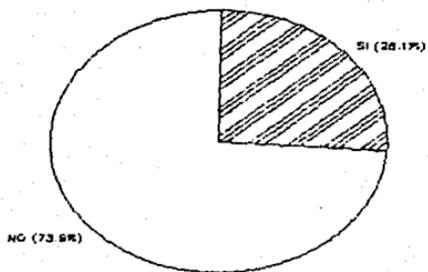
NINGUNA (60.0%)



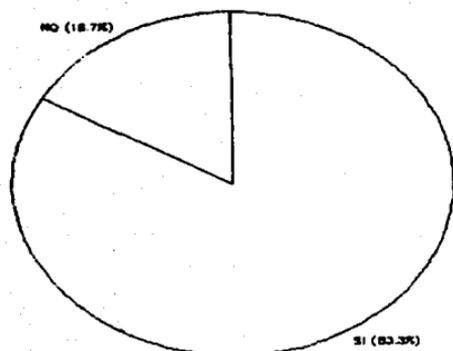
SU COMPAÑERA QUEDA SATISF. SEXUALMENTE



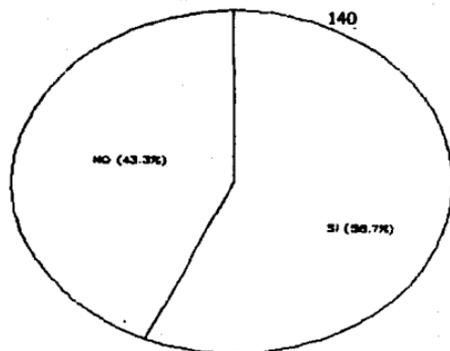
HA TENIDO PERIODOS DE IMPOTENCIA



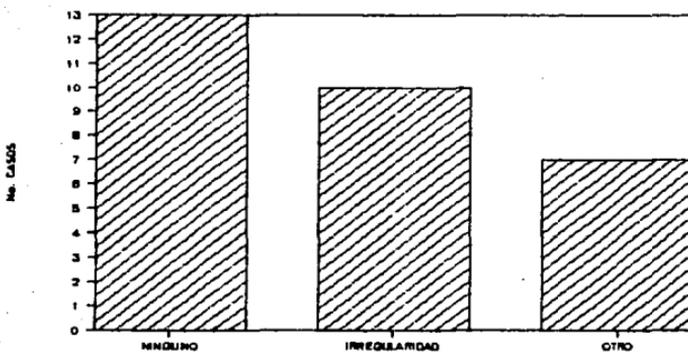
SU MENSTRUACION ES REGULAR



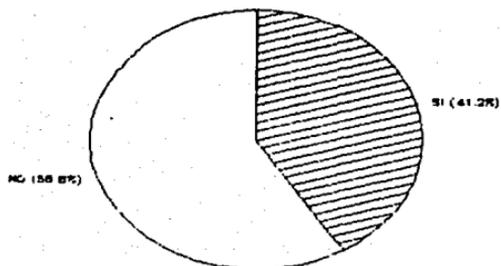
HA TENIDO PROBLEMAS C/SU MENSTRUACION:



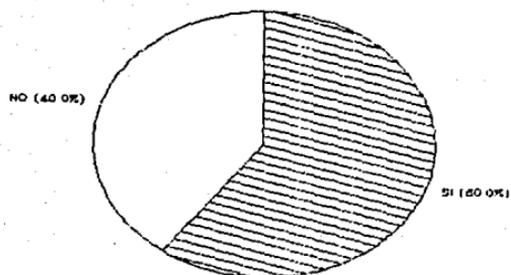
PROBLEMA QUE HA TENIDO



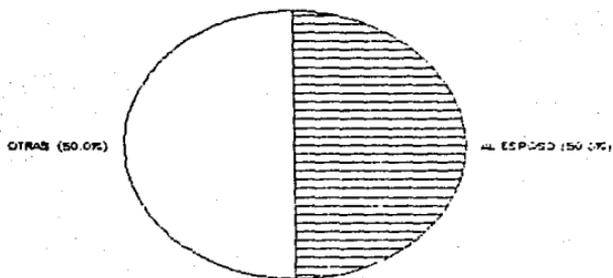
EN SU PROBLEMA TUVO TRATAMIENTO MEDICO



HA TENIDO PERIODOS DE FRIGIDEZ

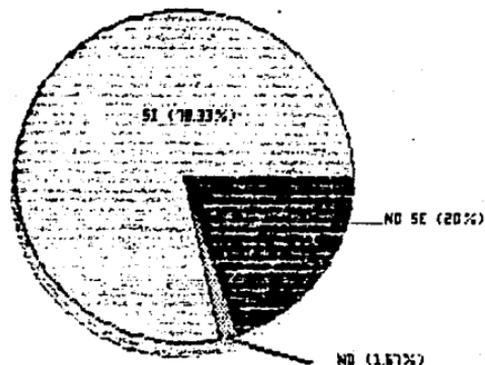


A QUE CREE QUE SE DEBA (FRIGIDEZ)

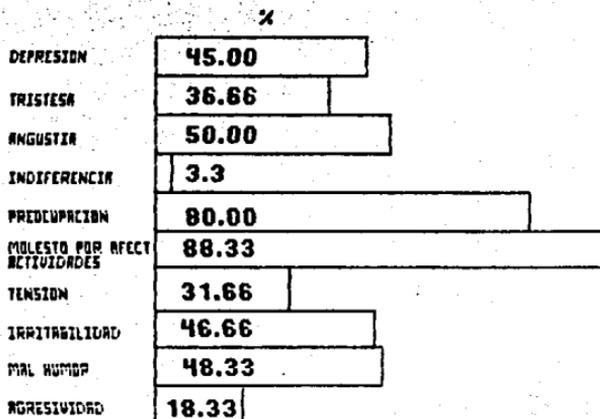


FUE UN PRODUCTO (HIJO) DESEADO

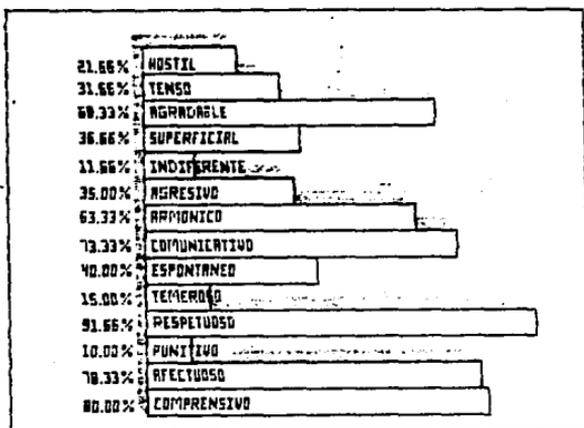
N = 60



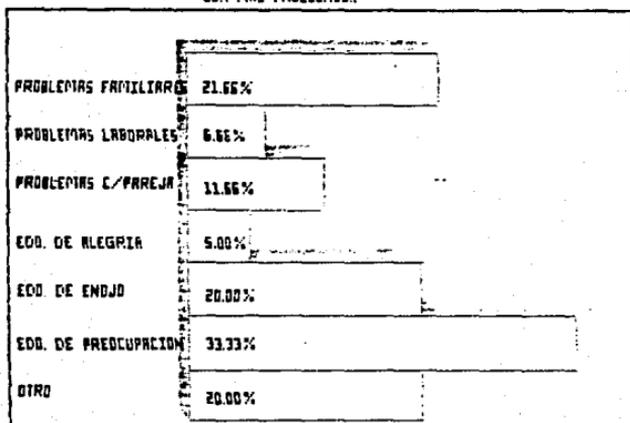
ESTADO EMOCIONAL RESPECTO A SU ENFERMEDAD



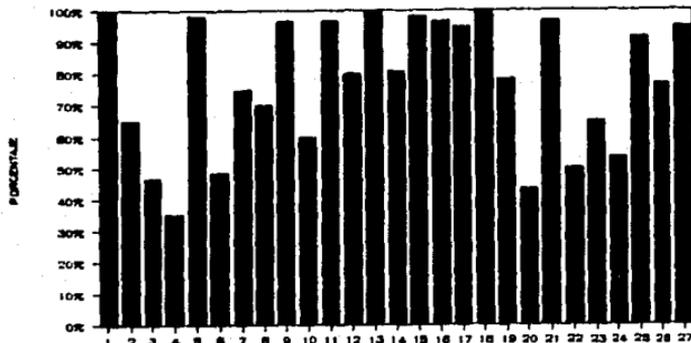
PREJUDICIALMENTE COMO ES EL TRATO ENTRE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA



ANTE QUE CIRCUNSTANCIAS SE LE PRESENTA EL MALESTAR
CON MAS FRECUENCIA



ACTITUDES ANTE DIFERENTES SITUACIONES

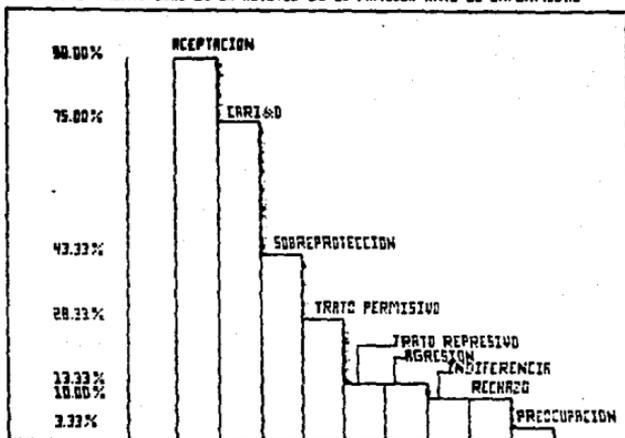


144

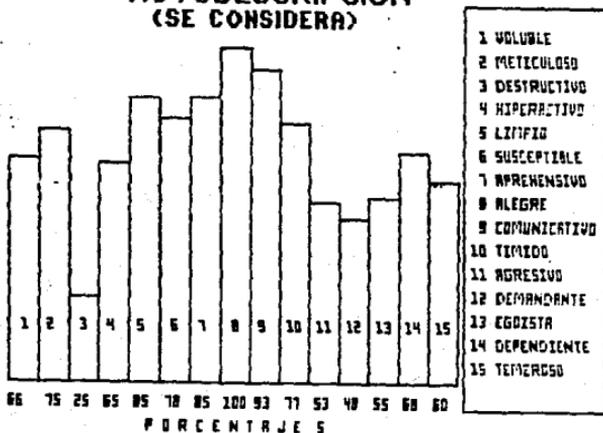
ACTITUDES ANTE DIFERENTES SITUACIONES

	<u>No. CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>	
1	60	100.00%	ANTE DIFICULTADES INTENTA SACAR-LA SITUACION ADELANTE
2	39	65.00%	USTED MIENTE PARA SALIR ADELANTE
3	28	46.66%	HACE LO CONTRARIO A LO QUE LE PIDIEN SOLO POR GUSTO
4	21	35.00%	LE ASUSTA LA SANGRE
5	59	98.33%	SU CONDUCTA VA DE ACUERDO CON - NORMAS MORALES Y SOCIALES
6	29	48.33%	LE PREOCUPA LO QUE PIENSEN DE USTED
7	45	75.00%	LE CUESTA TRABAJO PLATICAR CON - PERSONAS A QUIENES VE POR PRIMERA VEZ
8	42	70.00%	SE MOLESTA CON FACILIDAD
9	58	96.66%	ES AMIGOSO CON LA MAYORIA DE - LAS PERSONAS
10	36	60.00%	LE MOLESTAN LOS RUIDOS
11	58	96.66%	CREE QUE ESTA CAPACITADO PARA - TRABAJAR
12	48	80.00%	LE ES DIFICIL CONCENTRARSE EN ALGO
13	60	100.00%	GENERALMENTE SE SIENTE CON VOLUNTAD PARA HACER LAS COSAS
14	51	81.00%	ES USTED SOCIALE
15	59	98.33%	TIENE CONFIANZA EN SI MISMO
16	58	96.66%	SE CONSIDERA USTED FELIZ
17	57	95.00%	SU MEMORIA ES BUENA
18	60	100.00%	SE PREOCUPA
19	47	78.33%	TIENE PERIODOS DE INTRANQUILIDAD-TRABAJA BAJO UNA PRESION MUY GRANDE
20	26	43.33%	
21	58	96.66%	LE IMPORTA LO QUE SUCEDA
22	30	50.00%	SIENTE QUE NO SIRVE PARA NADA
23	39	65.00%	LLORA CON FACILIDAD
24	32	53.33%	SIENTE QUE NADA VALE LA PENA
25	55	91.66%	LE GUSTAN DIFERENTES TIPOS DE JUEGOS Y DIVERSIONES
26	46	76.66%	ES IRRITABLE Y MALHUMBRADO
27	57	95.00%	SIENTE QUE HAY PERSONAS QUE EXAGERAN SUS PROBLEMAS

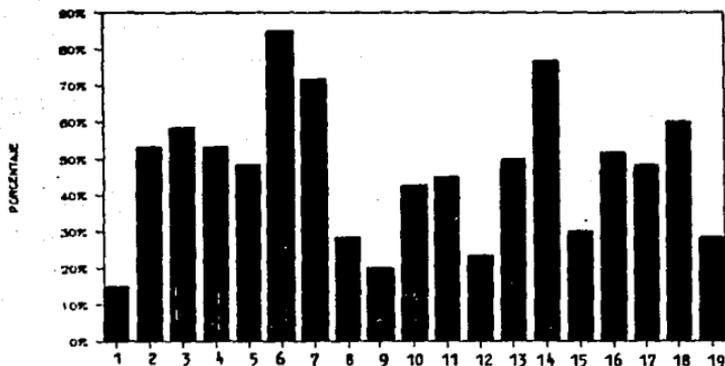
ACTUALMENTE CUAL ES LA ACTITUD DE SU FAMILIA ANTE SU ENFERMEDAD



AUTODESCRIPCION (SE CONSIDERA)



CARACTERISTICAS DE HIPOCONDRIASIS



CARACTERISTICAS DE HIPOCONDRIASIS:

1	9	15.00%	TUVO EL HABITO DE SUCCIONARSE EL DEDO DE PEQUEÑO
2	32	53.33%	HA TENIDO LA SENSACION DE SOLEDAD O AISLAMIENTO
3	35	58.33%	HA TENIDO LA SENSACION DE AHOGO O SOFOCAMIENTO
4	32	53.33%	HA TENIDO EPOCAS DE SUDORACION EXCESIVA
5	29	48.33%	HA TENIDO MAREOS O DESMAYOS
6	51	85.00%	HA TENIDO EN OCASIONES DEBILIDAD O DESGANO
7	43	71.66%	SE PREOCUPA CONSTANTEMENTE POR SU SALUD
8	17	28.33%	HA PADECIDO DIARREA FRECUENTEMENTE
9	12	20.00%	HA PADECIDO NAUSEAS O VOMITO CON FRECUENCIA
10	25	42.66%	HA PADECIDO DE DOLORES DE CABEZA CON FRECUENCIA
11	27	45.00%	SE HA SENTIDO TRISTE SIN CAUSA APARENTE CON FRECUENCIA
12	14	23.33%	HA TENIDO PERDIDA DE PESO INUSITADAMENTE
13	30	50.00%	HA TENIDO PERIODOS DE INSOMNIO
14	46	76.66%	CUANDO SE DESPIERTA SE SIENTE DESCANSADO
15	18	30.00%	PRESENTA ACIDEZ ESTONACAL
16	31	51.66%	HA TENIDO ADORMECIMIENTOS EN ALGUNAS PARTES DEL CUERPO
17	19	48.33%	HA SENTIDO DOLORES DE PECHO O CORAZON
18	36	60.00%	SE CANSA O AGITA CON FACILIDAD
19	17	28.33%	HA TENIDO ESPASMOS O CONTRACCIONES MUSCULARES

CAPITULO VI. DISCUSION.

Wolman (15) manifiesta en su segundo postulado referido en su investigación de la medicina psicosomática, que los estímulos psicológicos influyen directa e indirectamente en los procesos orgánicos. Dentro de esta misma corriente, Franz Alexander propone un modelo teórico para dar explicación en la que sostiene que el desarrollo de desórdenes psicosomáticos están en función de concomitantes fisiológicos y psicológicos.

Freud (19) demostró que las emociones inconscientes que son reprimidas y que no son liberadas por las vías normales de comunicación voluntaria pueden crear disfunciones crónicas físicas y psíquicas.

Con ello se confirma que los elementos emocionales juegan un papel determinante en los padecimientos físicos, como ha quedado demostrado en este trabajo, al detectar en las enfermedades clínicamente diagnosticadas que existen ciertas características neuróticas y deficiencias en los mecanismos de defensa de los individuos.

15. Wolman, B.; op. cit.; p. 857
19. Freud, S.; op. cit.; p. 39-50

Para Kolb (5), un paciente que sufre de un trastorno físico es muy probable que desarrolle una respuesta psicológica en base a éste, ya sea represión, negación o exageración de los síntomas con el objeto de lograr atención y comprensión. Esta enfermedad puede afectar la vida emocional y la salud mental del paciente, produciendo un daño más grave y permanente que los resultados físicos de la propia lesión orgánica. En algunos de los tipos de enfermedad psicosomática estudiadas por este autor, menciona que cuando el paciente sufre de una enfermedad orgánica real desarrolla síntomas físicos que no se originan en ésta sino que obedecen a un componente emocional. En este tipo de pacientes, la invalidez del enfermo no guarda proporción con la enfermedad física. Por los resultados obtenidos y partiendo de la misma base que Kolb, en los sujetos estudiados en este trabajo, se observa que además de la enfermedad física (asma bronquial y síndrome urticárico) muestran rasgos psicopatológicos -similares entre sí-. El factor emocional motivante de los síntomas puede ser la ansiedad, y como se observa en la interpretación de perfiles de MMPI con normas de población mexicana, la Escala 7 Pt muestra una importante elevación en la mayoría de los grupos, evitando a través de la exageración de los síntomas que la angustia los agobie.

5. Kolb, L. C.; op. cit.; p. 544-547

En todos los subgrupos con normas de población mexicana, las defensas somáticas no son efectivas (1 Hs), ya que por un lado solicitan que se les trate y a la vez rechazan y devalúan cualquier ayuda, confirmando la descripción de Kolb (5) en el sentido de que estos sujetos que de manera consciente desean alivio para su invalidez física, inconscientemente mantienen y prolongan la ocurrencia de su enfermedad ya que con esto obtienen ganancias secundarias como: atención, apoyo, consideración, sobreprotección, etc., aferrándose a la idea de que el padecimiento obedece exclusivamente a causas físicas, negándose a aceptar que parte de sus síntomas tienen origen psicológico.

Por lo que respecta a los grupos de asma, como lo menciona Ellis y colaboradores (12) en sus estudios, la precipitación de accesos asmáticos son originados ocasionalmente por angustia. Por otra parte, en algunos individuos la ansiedad provocada por un acceso les genera una respuesta ventilatoria exagerada y un broncoespasmo más severo. Encontrándose una vez más que la angustia es un factor relevante en los padecimientos de este tipo, como se puede observar en los resultados obtenidos en este estudio.

5. Kolb, L. C.; op. cit. p. 584

12. Ellis, E., Middleton, E., Reed, Ch.; op. cit. p. 800

Freeman (11) y colaboradores reportan que cifras tan altas como el 75% tienen un claro componente emocional en la presentación del asma bronquial. Igualmente en lo que respecta a padecimientos dermatológicos, Kolb (5) afirma que factores psicológicos intervienen en un 75% para su presentación. Como se indica en el capítulo de resultados los sujetos estudiados reportan el desencadenamiento de reacciones alérgicas ante problemas familiares, preocupación o enojo -22, 33 y 20% respectivamente-. Por lo que se mencionó acerca de las alergias, sabemos que éstas deben responder al contacto con el alérgeno desencadenante; no obstante, se observa que el componente emocional contribuye al desenlace de una reacción.

En la investigación realizada por Awargal (24) y colaboradores, a través de una entrevista, reporta una alta incidencia de factores psicológicos y de factores múltiples (psicológico y alérgico) como precipitantes de la enfermedad de hasta un 50%. Así mismo, como se mencionó en el párrafo anterior nosotros encontramos en la entrevista características psicológicas que contribuyen al desencadenamiento de hasta un 30%. En la misma investigación, a través de la prueba de Catell, demuestran

5. Kolb, L. C.; op. cit.; p. 584

11. Feingold, B. F., Freeman, E. H., Gorman, F. J. y Schlesinger, K.; op. cit.; p. 543 y 575

24. Awargal, K. y Sethe, J. P.; op. cit.; p. 191-198

que los pacientes alérgicos presentan: debilidad del yo, retraimiento, sensibilidad emocional y tensión, respecto a la población normal; en esta misma prueba los pacientes arrojaron características neuróticas y los asmáticos presentan una elevación significativa de la ansiedad. Por lo que respecta a este estudio, los resultados obtenidos por la prueba del MMPI nos indican que los pacientes muestran un cuadro de elementos neuróticos caracterizado por una gran preocupación acerca de su integridad física y aspectos de tipo somático, que reflejan poca evidencia orgánica e indican que la expresión de su sintomatología no es reflejo de su enfermedad sino una manifestación de desorden emocional; son personas caracterizadas por inmadurez e infantilismo debido a la necesidad de atención, apoyo y aceptación que requieren; muestran pensamiento fóbico, ansiedad, indecisión, tensión y tendencias obsesivas denotando control inadecuado para enfrentar su conflictiva; son defensivos y con tendencia a la fantasía y a la ensofación como recurso tranquilizante ante la frustración. Los pacientes asmáticos mostraron elevaciones muy significativas de ansiedad.

Diez Benavides, Lane y Sottr, Cortés y Kolb (2, 3, 4 y 5) refieren que es importante tomar en cuenta las características psicológicas del paciente para su recuperación integral, ya que el tratamiento alérgico no es del todo efectivo si ciertos aspectos de la personalidad se encuentran mal adaptados, ya que este tipo de pacientes ha aprendido a resguardarse bajo su enfermedad para satisfacer deseos conscientes e inconscientes, evadiendo problemas que les sean angustiantes y que comprometan la imagen que tienen de sí mismos. En este estudio se confirma que los sujetos presentan deficiencias en sus mecanismos de defensa para enfrentarse al medio ambiente, observando que a pesar de la somatización no logran darle salida a toda su carga emotiva, persistiendo la angustia. De igual manera, se detecta la presencia constante de la "llamada de auxilio" que refleja un reconocimiento consciente de su conflictiva, característica de pacientes que acuden a solicitar ayuda terapéutica por propia iniciativa, no obstante de que fue al servicio médico al que recurrieron en primera instancia y posteriormente fueron remitidos por éste para que les fuese aplicado el inventario.

2. Diez Benavides, M.; op. cit.; p. 693-697.
3. Lane, D. y Storr, A.; op. cit.; p. 27.
4. Cortés Cortés, J. L. y Solís, R.; op. cit.; p. 866-891
5. Kolb, L. C.; op. cit.; p. 580.

CAPITULO VII. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

7.1 Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

En el presente estudio se comprobó que existen características psicopatológicas asociadas a los padecimientos de asma bronquial y síndrome urticárico confirmando la presencia de un trastorno somatopsíquico, ya que como lo menciona Kolb (5) además de la enfermedad física se desarrolla una respuesta psicológica a ésta. Encontramos la presencia de la negación y exageración de los síntomas con el objeto de lograr atención y comprensión, siendo el daño emocional más importante y permanente que la lesión física. Con esto podemos concluir que el significado de los síntomas adquieren enorme importancia para cada paciente, por lo que el tratamiento psicológico debería contemplarse de manera simultánea para alcanzar una rehabilitación integral.

De la misma manera se deduce que los padecimientos pertenecen a los trastornos somatopsíquicos, ya que se originan en un desorden físico que desencadena, además, un trastorno emocional, presentando una represión -a la que Kolb (5) también hace referencia en este tipo de

5. Kolb, L. C.; op. cit.; p. 544-547 y 551-552

enfermedades somatopsíquicas- a sus impulsos hostiles que obedecen al temor de no obtener las ganancias secundarias logradas a través de la manipulación y dependencia.

Asimismo se observa que a diferencia de los trastornos hipocondríacos, estos padecimientos tienen una base orgánica característica de los fenómenos somatopsíquicos.

Esta investigación arroja datos suficientes para asociar elementos psicológicos inherentes al síndrome que nos ocupa, sin afirmar que éstos sean de aplicación universal, dado que la muestra sólo fue obtenida en una institución pública (Secretaría de Salud), ya que fue la única vía accesible para llevar a cabo este trabajo. Sin embargo, son características que pueden ser tomadas en cuenta puesto que en México existen muy pocas investigaciones en este campo y que serán de gran utilidad como punto de partida para subsiguientes estudios.

En los resultados de la investigación se demuestra que si existen características psicológicas comunes en los pacientes con asma bronquial y síndrome urticárico, obtenidas por el MMPI y que son:

- a) necesidad de ayuda.
- b) ansiedad y angustia.
- c) exageración de síntomas.

- d) somatización.
- e) negación del contenido emocional de los síntomas.
- f) infantilismo e inmadurez emocional.
- g) deficiencia en los mecanismos de defensa.
- h) pensamiento mágico.
- i) pensamiento fóbico.
- j) indecisión.
- k) preocupación acerca de su integridad física.
- l) tensión.
- m) tendencias obsesivas.
- n) defensividad.
- o) tendencia a la fantasía.
- p) tendencia a la ensoñación como recurso tranquilizante ante la frustración.
- q) pobre autoconcepto.
- r) tendencia al aislamiento.

7.2 Hipótesis.

1. Se rechaza la hipótesis nula que dice: "las personas alérgicas no presentan con mayor frecuencia rasgos de tipo neurótico con respecto al resto de la población", confirmando la hipótesis alterna que afirma la presencia de estos rasgos, dada la elevación significativa de las Escalas 1 Hs, 2 D, 7 Pt y 8 Es en normas de Minnesota y por las escalas 1 Hs, 7 Pt y 8 Es de normas mexicanas, tomando como

base la normalidad estadística T 45-55.

2. Se rechaza la hipótesis nula que dice: "no existe consistencia entre los diferentes grupos (sexo y padecimiento) y la interacción de estas variables en las diferentes escalas del MMPI al .05 como mínimo" y se acepta la hipótesis alterna que confirma la consistencia. Para ver los niveles de significancia obtenidos en las diferentes escalas del inventario, favor de remitirse al Capítulo V Resultados, donde se encuentran localizados los cuadros.

3. Se rechaza la hipótesis nula que dice: "no existen diferencias en los puntajes medios de los grupos de sexos entre pacientes alérgicos y población mexicana con un nivel de significancia al .05 como mínimo" y se acepta que existen diferencias. (26). Para ver los niveles de significancia obtenidos en las diferentes escalas del inventario, favor de remitirse al Capítulo V Resultados, donde se encuentran localizados los cuadros.

4. Se acepta la hipótesis alterna que dice: "la elevación de la Escala 1 Hs es mayor al resto de las escalas clínicas en perfiles de normas mexicanas debido al componente somático que presentan estos padecimientos", ya que en todos

26. Fuentes Reyes, A. E., Mejía Tavera, E., Sandoval García, M. A.; (1979); op. cit.; p. 63.

los perfiles de normas mexicanas la Escala 1 Hs se encuentra como "pico de perfil".

5. Se rechaza la hipótesis alterna que dice: "la elevación de la Escala 3 Hi presenta elevación significativa con respecto al resto de las escalas clínicas en perfiles de normas mexicanas debido a las características histeroides que pueden conformar el perfil de estos padecimientos", dados los puntajes obtenidos en dichos perfiles.

6. Se acepta la hipótesis alterna que dice: "la elevación de la Escala 7 Pt es mayor a T 70 en perfiles de normas mexicanas debido a que este tipo de padecimientos se componen de gran ansiedad", ya que en tres de los cuatro perfiles de los subgrupos encontramos esta elevación, siendo el 75% de los casos.

7. Se rechaza la hipótesis nula que dice: "el perfil de pacientes asmáticos no presenta mayor patología que el obtenido en pacientes con síndrome urticárico al .05 como mínimo" y se acepta la hipótesis alterna puesto que los asmáticos presentan mayor patología. Para ver los niveles de significancia obtenidos en las diferentes escalas del inventario, favor de remitirse al Capítulo V Resultados, donde se encuentran localizados los cuadros.

8. Se rechaza la hipótesis nula que dice: "los puntajes

femeninos no presentan mayor patologia que los obtenidos en los masculinos al .05 como minimo" y se acepta la hipótesis alterna que confirma mayor patologia en el grupo femenino. Para ver los niveles de significancia obtenidos en las diferentes escalas del inventario, favor de remitirse al Capitulo V Resultados, donde se encuentran localizados los cuadros.

7.3 Entrevista.

7.3.1 Información Médica.

Un hallazgo relevante encontrado en la entrevista es el tiempo transcurrido entre la primera manifestación de la enfermedad y la ocurrencia a la asistencia médica. La media del grupo femenino es de 3 años y la del masculino es de 6 meses, lo cual está reflejando el medio ambiente de la muestra, que puede caracterizarse por tener el concepto de que la mujer vino al mundo a sufrir, sintiéndose víctimas, sufridas y abnegadas; no obstante, también puede ser una forma de percibirse como heroínas y resignadas ante el destino, actitud inconsciente que les reditúa para manipular a los demás, obteniendo con esto, ganancias secundarias.

Otro dato importante es que 20% de los sujetos con asma bronquial son fumadores, aunque la media de cigarrillos al día (1.6) es baja, son elementos nocivos que afectan aún más su

aparato respiratorio, contribuyendo a que la sintomatología sea mayor, además de ser un elemento de autoagresión que provoca la permanencia del padecimiento y que refleja una acción inconsciente para que subsista el mismo y no pierdan las ganancias secundarias que les brinda ésta.

7.3.2 Area Sexual.

Por lo que respecta a la pregunta "Se masturbó alguna vez": 93% de las mujeres sostuvieron no haberlo hecho, en tanto que el mismo porcentaje de hombres afirmó haberse masturbado. En cuanto a la práctica masturbatoria actual, 27% de los hombres afirmaron hacerla, mientras que solamente el 3% de las mujeres la aceptan, lo que nos indica el alto índice de represión de las mujeres ante su sexualidad, pero que va de acuerdo a las normas sociales establecidas en nuestra cultura, no obstante el dato es significativo por las dimensiones invertidas que arrojan en la primera.

El 56% de 17 mujeres que afirmaron haber tenido problemas con su menstruación no acudieron a consulta médica para su tratamiento, con lo que se puede reafirmar los elementos intrapunitivos ya referidos en un párrafo anterior.

7.3.3 Area Emocional.

Cuando se interrogó a los pacientes sobre su estado emocional respecto a su enfermedad, afirmaron sentir

molestia por afectarles al realizar sus actividades 88%; preocupación 80% y angustia 50%, corroborándose lo encontrado en la calificación del Minnesota en las Escalas 2 D y 7 Pt.

Ante el cuestionamiento del trato de los miembros de la familia, su respuesta invariablemente tendió a resaltar los aspectos positivos declinando cualquier otra actitud que denotara una relación familiar conflictiva. De la misma manera en "la actitud de la familia ante su enfermedad" se detectó el mismo fenómeno, confirmando la existencia de ganancias secundarias como: aceptación 90%, cariño 75% y sobreprotección 43%.

Por lo que respecta a su autodescripción, la muestra define ser alegre en un 100% con la intención de dar una imagen positiva; reconocen ser susceptibles, aprehensivos, demandantes y temerosos en un 78, 85, 68 y 60% respectivamente, con lo cual demuestran ser sujetos que aparentan debilidad y ansiedad, dada su enfermedad. Por otro lado manifiestan ser meticulosos y limpios en un 75 y 85% respectivamente, lo cual nos habla de cierto cuadro de obsesión, dato que se observa también en la escala 7 Pt de Minnesota.

En la misma autodescripción encontramos una contradicción, ya que refieren ser comunicativos en un 93% y al mismo

tiempo tímidos en un 77%; si nos referimos a los perfiles del MMPI, encontramos que en la Escala O Si reflejaron bajos niveles de sociabilidad, por lo que observamos que la muestra insiste en mostrarse favorablemente.

Ante la asociación de los cuadros de "la actitud de la familia ante su enfermedad" y "autodescripción" denotan una conducta agresiva justificada ante sí mismos por su padecimiento que no es evidente de su medio ambiente familiar hacia ellos, con lo que se confirma la teoría de Kolb (5) en el sentido de que este tipo de pacientes se convierten en tiranos.

Para la conformación de la entrevista se tomaron reactivos que forman parte de las Escalas Clínicas 1 Hs, 2 D y 3 Hi del MMPI con la intención de confirmar la existencia de características psiconeuróticas englobadas en esta triada. El propósito fue que los sujetos se expresaran más libremente a través de la entrevista por ser ésta menos amenazante que la situación de exámen.

Dentro de las características hipocondríacas (Escala 1 Hs) encontramos que los pacientes reconocieron tener:

- a) sensación de ahogo o sofocamiento - 58%.
- b) sudoración excesiva - 53%.

5. Kolb, L. G.; op. cit.; p. 544-547 y 551-552

- c) mareos o desmayos - 48%.
- d) dolores de cabeza - 43%.
- e) adormecimiento en alguna parte del cuerpo - 52%.
- f) dolor de pecho o corazón - 48%. I
- g) debilidad o desgano - 85%. II
- h) cansancio y agitación con facilidad - 60%. II

Estos datos se confirmaron con la elevación de la Escala 1 Hs de Minnesota y sobre todo en los perfiles de población mexicana en los cuales la referida escala fue pico de perfil en el 100% de los subgrupos.

Por lo que respecta a las escalas de depresión e histeria, encontramos los siguientes hallazgos:

1. 98% de la muestra afirmó que su conducta va de acuerdo con normas morales y sociales, lo cual es congruente con el 48% que aceptó que les preocupa lo que piensen de ellos; pero es incompatible con el 65% que refirió mentir para salir adelante -mentir no es una conducta socialmente aceptable- y el 47% que hace lo contrario a lo que le piden sólo por gusto.

2. Manifestaron ser sociables y amistosos con la mayoría de las personas (81 y 97% respectivamente) pero les cuesta

I Forma parte de cada una de las tres escalas de la triada neurótica

II También forma parte de la escala 3 Hi.

trabajo platicar con personas a quienes ven por primera vez 75%. Estos datos son opuestos.

3. Refieren estar capacitados para trabajar 97%, con voluntad para hacer las cosas 100%, tener confianza en sí mismos 98% y buena memoria 95%; pero al 80% le cuesta trabajo concentrarse en algo, el 43% trabaja bajo una presión muy grande y el 50% siente que no sirve para nada. Estas respuestas demuestran incongruencia.

4. Existe consistencia en los siguientes datos: 70% se molesta con facilidad, al 60% le molestan los ruidos y el 77% es irritable y malhumorado.

5. Por último, las siguientes características no son compatibles: 97% se consideran felices mientras que el 50% siente que no sirve para nada, 65% llora con facilidad y el 53% siente que nada vale la pena.

Estos datos confirman que los sujetos tratan de dar una imagen positiva de sí mismos, pero se respaldan en su enfermedad para aparentar debilidad. Este tipo de características no fueron muy destacadas en las escalas del MMPI y aunque no todas presentan elevaciones muy significativas en la entrevista sí nos dan información acerca de la personalidad de este tipo de pacientes.

7.4 Limitaciones

Dado que las posibilidades para trabajar en cualquier tipo de institución son restringidas, lográndose únicamente el acceso para esta investigación a un hospital de servicio público, los resultados obtenidos no podrán ser generalizados a la población ni a otro nivel socioeconómico.

7.5 Sugerencias para Futuras Investigaciones.

1. Utilización de un mayor número de sujetos para las muestras.
2. Utilización de un grupo comparativo (control) compuesto por pacientes con una enfermedad en el mismo órgano o sistema que la muestra de alergia. Por ejemplo tuberculosis y micosis vs. asma bronquial y síndrome urticárico respectivamente.
3. Profundizar en la exploración del área psicosexual de los pacientes, ya que en el presente estudio se encontró un 25% de impotencia y 60% de frigidez temporales; pero no fue posible determinar los factores que los motivan, ni su asociación con los padecimientos alérgicos debido a la falta de elementos.

4. Investigar un procedimiento estadístico que permita reportar las escalas del MMPI por perfiles más frecuentes o típicos y no a través de medias como se realizó en el presente estudio, ya que al combinar los perfiles bajos y altos se contrarrestan las puntuaciones de los mismos, mediándolos.

5. Utilización de una muestra representativa de la población de asma bronquial y síndrome urticárico e inclusive de alergia en general, lo cual implica la inclusión de sujetos de hospitales privados y una mayor cobertura en hospitales públicos como por ejemplo: IMSS, ISSSTE y DIF.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alexander, F. C. y French, T. M.; (1968); Pollock Psychosomatic Specificity, Experimental Study and Results, Vol. I; Chicago Press University; E. U. A.
2. Awargal, K. y Sethe, J. P.; (1978); A Study of Psychogenetic Factors in Bronchial Asthma, The Journal of Asthma Research; Vol. 15, No. 4; Board New York, E.U.A.
3. Bellak, L.; (1962); Esquizofrenia; Ed. Herder; Barcelona, España.
4. Campbell, D. T. y Stanley, J. C.; (1983); Diseños Experimentales y Cuasi-Experimentales; Ed. Amorrortu; Argentina.
5. Cortés Cortés, J.L.; (1978); Alergia Clínica. Vol. I; Ed. Clínicas de Alergia, S.A.; México.
6. Cortés Cortés, J.L.; (1978); Alergia Clínica. Vol. II; Ed. Clínicas de Alergia, S.A.; México.
7. De Sarasqueta, P.; (1980); Alergia en la Infancia, Mundo Médico. Vol. VIII. No. 82; México.
8. Diccionario Médico Biológico University; (1966); Ed. Interamericana, S.A.; México.

9. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas; (1978); Salvat Mexicana de Ediciones; México.
10. Díez Benavidez, M.; (1975); Proceso Psicosomático Terapéutico, Tomo II; Ed. Trillas; México.
11. Ellis, E., Middleton, E., Reed, Ch.; (1978); Asthma Psychologic Aspects and Management, Allergy, Principles and Practice, Vol. II; Saunders Company.; E. U. A.
12. Feingold, B. F., Freeman, E. H., Gorman, F.J., Schesinger, K.; (1964); Psychological Variables in Allergic Disorders, A Review Psychosom Med., No. 26; E.U.A.
13. Fenichel, O.; (1966); Teoría Psicoanalítica de las Neurosis; Ed. Paidós; Buenos Aires, Argentina.
14. Freud, S.; (1973); Obras Completas, Tomo I; Ed. Biblioteca Nueva; Madrid, España.
15. Fuentes Reyes, A.E., Mejía Tavera, E., Sandoval García, M.A.; (1979); "Estudio Normativo del MMPI en Cuatro Clases Socioeconómicas del D.F."; UNAM; México.
16. Grados, J.; (1979); Manual de Reclutamiento y Selección de Personal, Tomo I, 3a. Parte; México.

17. Kaplan, H.F. y Kaplan, H.S.; (1956); An Historical Survey of Psychosomatic Medicine, Journal Nerv. Mental Disorders; E.U.A.
18. Kerlinger, F.; (1975); Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología; Ed. Interamericana; México.
19. Kolb, L.C.; (1976); Psiquiatría Clínica Moderna; La Prensa Médica Mexicana; México.
20. Lane, D. y Storr, A.; (1981); Que hay de cierto sobre asma; Edamex; México.
21. Larroyo, F.; (1968); Sistema e Historia de las Doctrinas Filosóficas; Ed. Porrta; México.
22. López Sierra, A.J. y Reyes López, P.S.; (1977); "El MKPI en la Detección de Psicopatología en Casos de Desorientación Vocacional"; UNAM; México.
23. Marthe, R.; (1978); La Revolución Psicoanalítica; Ed. Fondo de Cultura Económica; México.
24. Meyer; (1982); Probabilidad y Estadística; McGraw Hill; México.
25. Nava Segura, J.; (1976); Neuroanatomía Funcional; Impresiones Modernas, S.A.; México.

26. Wéñez O., R.; (1979); Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología; Ed. El Manual Moderno; México.
27. Pérez Lozano. A.; (1979); Bronconeumopatías Inmunoalérgicas. Alergia e Inmunología en la Clínica; Ed. Clínicas de Alergia, S.A.; México.
28. Prado Huante, H.; (1978); Factores Psicogenéticos en los Padecimientos Dermatológicos. Alergia Clínica. Tomo II; Ed. Clínicas de Alergia, S.A.; México.
29. Radillo Avilés, S.; (1978); Reacciones Urticáricas. Alergia Clínica. Tomo II; Ed. Clínicas de Alergia, S.A.; México.
30. Stainbrook, F.; (1952); Psychosomatic Medicine in the Nineteen Century. Psychosom Med.; E.U.A.
31. Walpole; (1984); Probabilidad y Estadística para Ingenieros; Ed. Carabela; México.
32. Volman, B.; (1965); Handbook of Clinical Psychology; McGraw Hill Book Company; E.U.A.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA.

1. Abac Archundia, G. y Ruiz Salazar, R.; (1972); "Estudio Psicodinámico de Ocho Familias de Niños Asmáticos"; UNAM; México.
2. Abba I., T., Caldwell, J., Fundenberg, H., Stites, D. y Wells, J.; (1980); Enfermedades Alergicas. Manual de Inmunología Clínica; E.U.A.
3. Alexander, I.; (1966); Psiquiatría Dinámica; Ed. Paidós; Buenos Aires, Argentina.
4. Bellanti, J.; (1978); Immunologically Mediated Diseases, Immunology II; W.B. Sanders, Co.; E.U.A.
5. Brett, G.; (1963); Historia de la Psicología; Ed. Paidós; Buenos Aires, Argentina .
6. Cameron, N.; (1982); Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad con un Enfoque Dinámico; Ed. Trillas, México.
7. Castro, L.; (1977); Diseño Experimental sin Estadística; Ed. Trillas, México.
8. Conant, N., Smith, D., Willett, H.; (1971); Microbiología de Zinsser; Ed. Hispanoamericana, México.

9. Cortés Cortés, J. L.; (1958); Alergia Clínica, Principales Características de México; Ed. Impresiones Modernas, México.
10. Crawford, P. y Scherr, M.; (1978); Three-Year Evaluation of Biofeedback Techniques in the Treatment of Children with Chronic Asthma in a Summer Camp Environment. Annals of Allergy; Official Journal of the American College of Allergist. Vol. 41 No. 5; E.U.A.
11. Creer, T.; (1979); Asthma Psychologic Aspects and Management. Allergy Principles and Practice, Vol. II; Sanders Co.; E.U.A.
12. Davinson, P., Dirks, J., Evans, N., Jones, N., Spector, S.; (1977); Panic-Fear: A Personality Dimension Related to Length of Hospitalization on Respiratory Illness, The Journal of Asthma Research. Vol 14 No. 2; E.U.A.
13. Ferrater Mora, J.; (); Diccionario de Filosofía.
14. García Cedillo, I. y Robles Lezama, B. A.; (1978); Características Psicológicas de Pacientes con Cáncer Broncogénico; U.N.A.M.; México.
15. Garza, A., Tecla, A.; (1977); Teoría, Métodos, y Técnicas en la Investigación Social; Ediciones de Cultura Popular; México.

16. Holme, K., Hubner, P., Mayntz, R.; (1975); Introducción a los Métodos de la Sociología Empírica; Ed. Alianza Universidad; Madrid, España.
17. Kapotes, Ch.; (1977); Emotional Factors in Chronic Asthma. The Journal of Asthma Research. Vol. 15 No. 1; E.U.A.
18. Maher, B.; (1977); Principios de Psicopatología. Un Enfoque Experimental; Ed. Mc. Graw-Hill; Mexico.
19. Mancilla Gómez, B. E.; (1980); El MMPI en la Detección de Psicopatología en dos Grupos de Pacientes con Enfermedades Gastroenterológicas; U.N.A.M.; México.
20. Mellon, T. ; (1976); Psicopatología Moderna; Salvat Editores; Barcelona, España.
21. Padua, J.; (1979); Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales; Ed. Fondo de Cultura Económica; México.
22. Parker, Ch.; (1978); Asthma and Rinitis. Clinical Immunology; Saunders Co.; E.U.A.
23. Pelayo Correa y Otros.; (1970); Texto de Patología; Ed. La Prensa Médica Mexicana; México

24. Reed, Ch y Towley, R.; (1979); Asthma. Clasification and Pathogenesis. Allergy Principles and Practice Vol. II; Saunders Co.; E.U.A.
25. Rivera Jiménez, O.; (1987); Interpretacion Clinica y Psicodinamica del MMPI; Ed. Diana; México.