

**PERFIL CLINICO DE PERSONALIDAD EN PACIENTES "REPITENTES"
QUE ASISTEN A CONSULTA MEDICA GENERAL EN UNA E.P.S.
DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**INDIRA EUGENIA ANDRADE ARBOLEDA
ELSIE CATALINA CANDANOZA RODRÍGUEZ**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA
2.003**

PS
4030894



**PERFIL CLINICO DE PERSONALIDAD EN PACIENTES "REPITENTES"
QUE ASISTEN A CONSULTA MEDICA GENERAL EN UNA E.P.S.
DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**INDIRA EUGENIA ANDRADE ARBOLEDA
ELSIE CATALINA CANDANOZA RODRÍGUEZ**

Informe Final de Investigación 'presentado al
Comité de la Unidad Académica de Psicología

VICTOR OVALLE
Psicólogo Clínico
Tutor

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLIVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA
2.003**

Nota de Aceptación:

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, agosto 14 de 2003

DEDICATORIA

Le dedicamos nuestro esfuerzo y éxito profesional a Dios, y a nuestras familias, porque con este logro aumentamos nuestra calidad de vida y crecimiento personal.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A DIOS, porque nos ha dado el ser y nos ha permitido desarrollar nuestro potencial humano, logrando así aplicar los conocimientos prácticos y teóricos adquiridos en esta hermosa carrera de las Ciencias Humanas.

A nuestras familias por el apoyo incondicional que nos prestó en los momentos en los cuales nuestras fuerzas físicas se doblegaban.

A los docentes que nos asesoraron en el desarrollo de nuestro proyecto de investigación.

A todas aquellas personas que generosamente aportaron sus esfuerzos para que concluyéramos con esta investigación.

INDIRA ANDRADE

ELSIE CANDANOZA

TABLA DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCION	1
2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA	4
3. JUSTIFICACION	7
4. OBJETIVOS	11
4.1 Objetivo general	11
4.2 Objetivos específicos	11
5. MARCO TEORICO	13
5.1. Personalidad	13
5.1.1. Definición	13
5.1.2. Teorías de la personalidad	15
5.1.3. Evaluación de la personalidad	20
5.1.3.1. Perfil clínico de la personalidad según el 16 PF	21
5.1.3.2. Perfil clínico de la personalidad según el CAQ	28
5.2. Características de los pacientes repitentes	35
5.3 Caracterización de las empresas promotoras de salud	47
5.3.1 Misión	47
5.3.2 Visión	47
6. DEFINICIÓN DE VARIABLES	51
6.1. Definición conceptual	51

	Página
6.2 Definición operacional	52
7. CONTROL DE VARIABLES	55
7.1. En los sujetos	55
7.2. En el ambiente	55
7.3. En los investigadores	56
7.4. En los instrumentos	56
7.5. Variables no controladas	56
8. METODOLOGIA	57
8.1. Paradigma	57
8.2. Tipo de investigación	57
8.3. Diseño	57
8.4. Población	58
8.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información	58
8.6. Procedimiento	72
9. RESULTADOS	74
10. CONCLUSIONES	104
11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES	119
BIBLIOGRAFIA	122
ANEXOS	124

INTRODUCCIÓN

La presente investigación evaluó el perfil clínico de personalidad de los pacientes "repitentes" que asisten a consulta médica general en una Empresa Promotora de Salud de la ciudad de Barranquilla.

Se entiende por paciente repitente aquel que acude cuatro veces o más al mes a consulta médica general, durante un período de dos años por la misma o diferentes causas sin presentar una sintomatología que amerite tratamiento médico.

De allí que se haya decidido evaluar el perfil clínico mediante la utilización de dos test: el CAQ y el 16 PF.

El CAQ es un cuestionario clínico de personalidad, elaborado por Samuel Krug y que evalúa las siguientes características: Hipocondriasis, Depresión suicida,

Agitación, Depresión ansiosa, Depresión baja energía, Culpabilidad-Resentimiento, Apatía retirada, Paranoia, Desviación psicopática, Esquizofrenia, Psicastenia y Desajuste psicológico; y los factores de segundo orden: Ansiedad, Extraversión, Independencia, Superego y Depresión.

El 16 PF es un cuestionario factorial de personalidad elaborado por Raymond Cattell y que evalúa las siguientes características: Expresividad emocional, Inteligencia, Fuerza del yo, Dominancia, Impulsividad, Lealtad grupal, Actitud situacional, Emotividad, Creatividad, Aptitud cognitiva, Sutileza, Conciencia, Posición social, Certeza individual, Autoestima y Estado de ansiedad; los factores de segundo orden: Ansiedad, Introversión, Autoridad y Control social; y las siguientes ecuaciones derivadas de los perfiles: Objetividad, Creatividad, Aislamiento, Neuroticismo, Liderazgo y Propensión a la accidentalidad.

Los autores guías que orientan conceptualmente el estudio son Samuel Krug y Raymond Cattell, toda vez que el modelo psicológico de referencia es el conductual cognitivo.

El estudio realizado se sustenta epistemológicamente en un paradigma empírico-analítico y en un enfoque de trabajo cuantitativo; metodológicamente en un diseño de tipo descriptivo comparativo, donde además de describir las características clínicas de personalidad, se compararon éstas teniendo en cuenta la edad y género de las personas.

La población objeto de estudio estuvo representada por la totalidad de 15 pacientes que estaban estadísticamente reportadas como repitentes, en una E.P.S. de la ciudad de Barranquilla.

Los resultados fueron procesados estadísticamente, para lo cual fue necesario la clasificación de los datos en percentiles, es decir, categorizándolos en rangos bajos, medios y altos. Esto es lo que permite el establecimiento de los perfiles clínicos de personalidad.

2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA

Los pacientes repitentes se caracterizan por acudir a control médico siete o más veces al mes durante un período de dos años, pero que luego de la revisión de su estado de salud no se encuentra ninguna patología o síntomas significativos; pero aún así insisten en solicitar nuevas citas para ser atendidos; como consta en los archivos estadísticos de control de citas médicas generales y en las historias clínicas de los pacientes manejadas de manera confidencial por la EPS.

Cada semana en un mes, representa el 25% un mínimo de asistencia, según esto si un paciente asiste 2 veces logra el 50%, es decir una asistencia normal, y lo podría estar haciendo cada 15 días para controlar y hacerle seguimiento a los tratamientos recomendados por los médicos, o para completar diagnósticos: llevando exámenes y resultado de los laboratorios.

Cuando el paciente acumula más del 100% esto quiere decir que asiste una vez por semana, en el caso de estos pacientes 7 visitas al mes, durante un período de 2 años: sobrepasa el máximo de asistencias médicas. Para ello tiene en cuenta la sintomatología, que son las manifestaciones físicas de un padecimiento de salud y la frecuencia de consulta entendida como el número de veces cuantificado en porcentajes.

Esta situación lleva a pensar en la posibilidad de alguna situación psicológica subyacente, o bien una serie de características de personalidad que les lleve a querer ser atendidos por los médicos; e incluso se ha llegado a especular la presencia de patologías emocionales como depresiones, lo cual conlleva a la obtención de la atención de los otros como ganancias secundarias. (Vallejo 1991)

Desde otra perspectiva se ha planteado la posibilidad de existir conflictos e insatisfacciones laborales y/o familiares que lleva a estas personas a querer ausentarse de sus hogares o lugares de trabajo y buscar refugio en un ambiente que implica centrar en ellos la atención.

Para describir lo que gira en torno a esta situación, la presente investigación plantea la siguiente pregunta problema:

¿Cuál es el perfil clínico de personalidad de los pacientes "repitentes" que asisten a consulta médica general en una Empresa Promotora de Salud en la ciudad de Barranquilla?



3. JUSTIFICACIÓN

Las características clínicas de personalidad se definen como el conjunto de elementos que describen a un individuo en cuanto a su personalidad, entendida ésta como "nuestra naturaleza psicológica e individual. Es por lo tanto una identidad individual que tiene diversos componentes, algunos son mas centrales y definen a las personas, mientras que otros son periféricos y están sujetos a cambios".¹

El estudio del perfil psicológico de una persona es vital, pues esto le permite optar por ayuda profesional, pero lo es aún más si se trata de pacientes que de manera persistente visitan al médico manifestando síntomas que en muchos casos mas que físicos son psicológicos, de allí que sean personas que ameriten psicoterapias.

¹ DICAPRIO, Nicholas. Teorías de la personalidad. México: Mc Graw Hill, 1.995. p. 74.

Es por lo anterior, que el presente estudio pretende describir el perfil clínico de personalidad de los pacientes repitentes que acuden a consulta médica general en una E.P.S.

El estudio surge del hecho de analizar las estadísticas de auditoria de una institución prestadora de servicios médicos, y observar que existe una serie de pacientes repitentes que acumulan un porcentaje importante de visitas al médico respecto del total de personas atendidas, esto es más del 100 % (7 visitas al mes) con respecto de lo normal representado entre un 50% y 75 % (2 y 3 visitas al mes) lo cual genera pérdidas económicas y limita además el uso del servicio médico oportuno a otras personas que lo solicitan y que de manera más realista requieren de la atención médica.

Por otra parte, se desea conocer si los pacientes repitentes en realidad presentan enfermedades que requieran tratamiento médico, o si por el contrario, presentan características hipocondríacas u otro tipo de problemas de orden psicológico, pero que tienen manifestaciones físicas.

La conveniencia del estudio radica en el hecho que en la medida que se conozca el perfil clínico de estas personas, habrá una aproximación al conocimiento de sus características psicológicas, y con ello la posibilidad de descartar patologías físicas y en este caso tratarlas médicamente, y si es el caso corroborar las psicológicas y abordarlas terapéuticamente.

A la presente investigación se le atribuye importancia científica, institucional, personal y profesional.

Importancia científica por cuanto para la psicología como disciplina en constante desarrollo, le genera nuevos conocimientos en lo que respecta a la clínica de la personalidad, en especial cuando se estarían utilizando dos tests, uno de corte educacional y otro estrictamente clínico, lo cual además tiene un gran valor teórico, pues llena muchos vacíos en cuanto al perfil clínico desde una perspectiva conductual-cognitiva, debido a que existe muy poca información al respecto, toda vez que este tipo de estudio se realiza por lo general desde el modelo psicoanalítico.

Importancia institucional porque la entidad promotora de salud estaría conociendo aspectos vitales de la personalidad de sus pacientes, lo cual conllevaría a replantear el tratamiento a seguir con estos pacientes, pues se vería reflejada no solo su situación médica, sino también psicológica, lo cual tiene además relevancia social pues se benefician de momento el total de la población repitente que asiste a esta E.P.S, y en un futuro todos los que se presentan tales características de repitencia.

Importancia personal porque las investigadoras sintieron la satisfacción de estar realizando aportes no solo a la entidad, sino a los pacientes, quienes podrán optar por asesorías psicológicas dependiendo del conocimiento que tengan sobre sus características de personalidad.

Importancia profesional pues las investigadoras ponen en práctica sus conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante sus estudios universitarios, así como también las prepara para su futura vida profesional.

Importancia laboral ya que abre un campo de trabajo para el psicólogo dentro de las entidades promotoras de salud, estos pacientes bien pueden ser remitidos para ser atendidos por profesionales de la salud mental.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil clínico de personalidad de los pacientes "repitentes" que asisten a consulta médica general en una E.P.S de la ciudad de Barranquilla.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las siguientes características del perfil clínico de personalidad según el CAQ: Hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, depresión baja energía, culpabilidad-resentimiento, apatía-retirada, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia y desajuste psicológico.

- Describir los siguientes factores de segundo orden según el CAQ:
Ansiedad, Extraversión, Independencia, Superego y Depresión.

- Describir las siguientes características del perfil clínico de personalidad según el 16 PF: Expresividad emocional, inteligencia, fuerza del Yo, dominancia, impulsividad, lealtad grupal, aptitud situacional, emotividad, credibilidad, actitud cognitiva, sutileza, conciencia, posición social, certeza individual, autoestima y tensión.

- Describir los siguientes factores de segundo orden según el 16 PF:
Ansiedad, introversión, control social, dependencia, objetividad, creatividad, neuroticismo, aislamiento, liderazgo y propensión a la accidentalidad.

5. MARCO TEORICO

5.1 PERSONALIDAD.

5.1.1 Definición. La personalidad se refiere a las pautas de pensamiento, percepción y comportamiento relativamente fijas y estables, profundamente enraizadas en cada sujeto. Se define como "nuestra naturaleza psicológica e individual. Es por lo tanto una identidad individual que tiene diversos componentes, algunos son mas centrales y definen a las personas, mientras que otros son periféricos y están sujetos a cambios".²

La personalidad es el término con el que se suele designar lo que de único, de singular, tiene un individuo, las características que lo distinguen de los demás. El pensamiento, la emoción y el comportamiento por sí solos no constituyen la personalidad de un individuo; ésta se oculta precisamente tras esos

² Ibid. P. 86.

elementos. La personalidad también implica previsibilidad sobre cómo actuará y cómo reaccionará una persona bajo diversas circunstancias.

Las distintas teorías psicológicas recalcan determinados aspectos concretos de la personalidad y discrepan unas de otras sobre cómo se organiza, se desarrolla y se manifiesta en el comportamiento. Una de las teorías más influyentes es la psicoanalítica, creada por Sigmund Freud, quien sostenía que los procesos del inconsciente dirigen gran parte del comportamiento de las personas. Otra corriente importante es la conductista, representada por psicólogos como el estadounidense B. F. Skinner, quien hace hincapié en el aprendizaje por condicionamiento, que considera el comportamiento humano principalmente determinado por sus consecuencias. Si un comportamiento determinado provoca algo positivo (se refuerza), se repetirá en el futuro; por el contrario, si sus consecuencias son negativas —hay castigo— la probabilidad de repetirse será menor.

5.1.2. Teorías de la personalidad. Casi todos tenemos alguna teoría con respecto al motivo por el cual las personas se comportan como lo hacen. Por lo general, estas teorías de la naturaleza o el comportamiento humano consisten en generalizaciones, pero de alguna forma sirven como guía para explicarla. Al comprender que todos somos diferentes a los demás y que el comportamiento del ser humano puede ser muy complejo, los teóricos de la personalidad han comenzado a sospechar de las explicaciones del sentido común. A pesar de las diferencias acerca de las teorías en cuanto a la herencia y el entorno como modeladores del comportamiento, no existe aún una teoría única aceptada sobre la personalidad; por el contrario, las teorías y los descubrimientos en la investigación en este campo sufren un desarrollo y cambio constante.

La herencia contra el entorno, los rasgos contra las situaciones y otros aspectos que son controversiales en cuanto al tema constituyen marcos de referencia más útiles para el objetivo de medirlas.

-Teoría de los rasgos. La teoría de rasgos de la personalidad es un modelo que busca identificar los rasgos básicos necesarios para descubrir la personalidad. Cuando se habla de rasgos se refiere a las dimensiones

constantes en las características de la personalidad que diferencian entre sí a las personas.

Los teóricos de los rasgos no suponen que ciertas personas poseen un rasgo y otras no o tienen; afirman que todas las personas poseen rasgos determinados, pero que la medida en que el rasgo se refiere a una persona en particular es variable y se le puede cuantificar. Por ejemplo, usted puede ser amistoso, en tanto que yo puedo ser poco amistoso. Pero los dos poseemos un rasgo "amistoso", aunque usted obtendría una cuantificación más alta que la mía. El mayor reto planteado a los teóricos del enfoque de los rasgos ha sido identificar los rasgos primarios específicos que se necesitan para descubrir la personalidad.

-Teoría de los rasgos de Allport: La identificación de lo fundamental. Cuando Gordon Allport, psicólogo de la personalidad, terminó de leer cuidadosamente todas las hojas de un voluminoso diccionario, obtuvo un listado de 18.000 términos que se podían emplear para descubrir la personalidad. A pesar de que redujo esa lista a tan sólo 4.500 términos después de eliminar los sinónimos, era evidente que aún tenía entre manos un problema de suma

importancia para todas las teorías de los rasgos: ¿Cuáles de ellos eran los fundamentales?

Allport los diferenció en tres categorías básicas: los cardinales, los centrales y los secundarios (Allport, 1961, 1966). Un rasgo cardinal es la prominencia que tiene una característica para impulsar la mayor parte de las actividades de una persona.

La mayoría de las personas no desarrollan rasgos cardinales globales; en lugar de ello, poseen un conjunto de rasgos centrales para constituir el núcleo de la personalidad. Rasgos centrales que, como la honestidad y la sociabilidad, son las principales características con menor influencia en la determinación del comportamiento y pesan menos que los rasgos cardinales o los secundarios.

-Teorías de Cattell y Eysenck: el análisis factorial de la personalidad. El análisis factorial es un método que permite resumir las relaciones existentes entre un amplio número variables en un número menor de patrones con un carácter más general.

A partir de la aplicación del análisis factorial, el psicólogo Raymond Cattell (1967) descubrió que las características observables en una situación determinada representan cuarenta y seis rasgos superficiales o conglomerados de comportamientos afines.

Estos rasgos superficiales, se caracterizan a partir de las percepciones y representaciones existentes acerca de la personalidad, no nos ofrecen necesariamente la mejor descripción de las dimensiones subyacentes de la personalidad que se encuentran en la raíz de todo comportamiento. Al aplicar el análisis factorial, las dimensiones básicas de la personalidad. Con base en estos rasgos elaboró el cuestionario de los Dieciséis Factores de la Personalidad, o 16 PF, herramienta que ofrece puntajes para cada uno de los rasgos fuente.³

- Teoría de la personalidad según el enfoque conductual-cognitivo: las teorías de la personalidad se refieren a los actos conductuales específicos y delimitados, pretenden predecir el comportamiento con base en estudios estadísticos. Dentro de esta clasificación se encuentra la perspectiva

³ FELDMAN, Robert. Psicología con aplicaciones para Iberoamérica. México: Mc Graw Hill, 1995. p. 405

conductual, confiriéndole gran importancia a la influencia que ejerce el ambiente sobre la conducta, y ubicándose en el proceso de aprendizaje que experimenta un individuo en el momento presente. En cuanto a la perspectiva cognitiva, centra su atención en el procesamiento de la información y la solución de problemas. Esto es, atención, interpretación y forma de usar la información procesada.

Dentro del enfoque conductual-cognitivo, el rasgo viene a ser una característica que se mantiene y por lo tanto se puede observar en el comportamiento de individuo.

Si bien dentro de la literatura de la personalidad se describe el término predisposición similar al de rasgos, éste concretamente se refiere al modo que tiene un individuo de actuar, en el que también influyen las circunstancias y las etapas del desarrollo en la que se encuentra, generándose por lo tanto la oposición entre el concepto de sí mismo y el organismo: una incongruencia para el organismo.

5.1.3 Evaluación de la personalidad. Los rasgos o características temperamentales, emocionales y de estilo que se conocen como variables de la personalidad no son tan estables ni susceptibles de medición como las variables cognoscitivas, los intentos por evaluar estas características se remontan a la antigüedad, pero no se logró un planteamiento científico sino hasta finales del siglo XIX y principios del XX.

Muchos instrumentos están elaborados en el contexto de alguna teoría de la personalidad, la teoría de los rasgos y de factores han ejercido especial influencia en este aspecto.

De lo anterior se puede concluir que los métodos para evaluar la personalidad deben incluir un amplio rango de variables cognoscitivas y afectivas. Otras características emocionales, temperamentales también son importantes en la comprensión y predicción del comportamiento humano.

En la evaluación de la personalidad es importante la ética, por cuanto el proceso implica la toma de decisiones acerca de las personas. Para efectos de

la presente investigación, se tuvo especial cuidado sobre el particular, estableciendo un contacto directo con la población.

5.1.3.1 Perfil clínico de personalidad según el 16 PF. El 16 PF es un test que evalúa la personalidad desde un punto de vista ocupacional y basado en la teoría de los rasgos de Cattell.

A continuación se presentan los aspectos evaluados por el test de personalidad 16 PF.

Factor A: Expresividad emocional: Este factor presenta en su polo positivo. Individuos que expresan una marcada preferencia por ocupaciones donde haya trato con gente, goza de reconocimiento social, y en general, está dispuesto a "participar" oportunamente. Son por naturaleza, "asociativos" dispuestos a formar grupos activos y existe evidencia experimental de que son más generosos en sus relaciones personales, menos temerosos de la crítica, más aptos para recordar nombres de personas, pero posiblemente menos confiables en trabajos de precisión y son más despreocupados para cumplir sus obligaciones. Mientras que en el polo negativo la persona gusta de cosas

o palabras y de trabajar solo, tiene un enfoque intelectual destinado y rehúsa transigir.

Factor B: Inteligencia: En las personas más inteligentes hay una tendencia moderada a tener más moral, perseverancia, fuerza en el interés, brillantez, alta capacidad mental general. En el polo negativo la persona es torpe, con baja capacidad mental, incapaz de resolver problemas abstractos, es poco organizado y de moral baja.

Factor C: Fuerza del Yo: En el sentido positivo la persona es estable emocionalmente, maduro, se enfrenta a la realidad, es calmado, constante en sus intereses. En el polo negativo la persona se molesta fácilmente por cosas y personas, se encuentra inconforme con la situación mundial, con su familia, con las limitaciones de la vida, con su propia salud y siente que no puede enfrentarse a la vida y sueño perturbado.

Factor E: Dominancia: Este factor presenta en su polo positivo personas que muestran una interacción más efectiva y un proceder democrático. Además, son agresivas, competitivo, terco, con mente independiente. Mientras que el

polo negativo, las personas tienden a ser obedientes, indulgentes, moldeables, dóciles, serviciales, sencillos, convencionales y fácilmente perturbados por la autoridad.

Factor F: Impulsividad: En el sentido positivo la persona es entusiasta, precipitada, despreocupada, conversadora, alegre, expresiva, franca, rápida, y alerta. Mientras que en el polo negativo tienden a ser silenciosas, introspectivas, llenas de preocupaciones, reflexiones, apegadas a valores internos y lento.

Factor G: Lealtad Grupal: Este factor presenta en su polo positivo personas con carácter, escrupulosas, perseverantes, moralistas, juiciosas, responsables, emocionalmente disciplinado y preocupado por estándares morales y reglas. Mientras que en el polo negativo las personas poseen falta de aceptación de las normas morales del grupo, desacatan las reglas, con desobligadas, inconstantes, frívolos, autoindulgente, perezoso, no confiable y omite sus obligaciones sociales.

Factor H: Aptitud situacional: Los individuos que poseen el polo positivo de este factor son aventurados, insensibles a las amenazas, vigorosos socialmente, les gusta conocer gente, se interesan mucho en el sexo opuesto, son sensibles, simpáticos, cordiales, amigables, impulsivos, emotivos y con intereses artísticos. Mientras que los individuos que poseen el polo negativo informan de sí mismos ser intensamente tímidos, atormentados por un sentimiento irracional de inferioridad, lentos y torpes para expresarse, les disgustan las ocupaciones en las que tengan contactos interpersonales, prefieren uno o dos amigos íntimos a grupos grandes y no son capaces de establecer contacto con lo que sucede a su alrededor.

Factor I: Emotividad: Los individuos que poseen el polo positivo de este factor son afectuosos, sensitivos, dependientes, sobreprotegidos, inquietos, siempre esperan atenciones y afecto, dependientes, inseguros, amables, gentiles, artísticamente exigente, exagerados, imaginativos en su vida interior y en sus conversaciones, actúan por intuición sensitiva. Mientras que los del polo negativo son calculadores, rechazan las ilusiones, no son sentimentales, esperan poco de los demás, son confiados de sí mismos, severos al punto del

cinismo, poseen pocas respuestas artísticas, actúan por evidencia lógica y práctica, están centrados en la realidad y no piensan en incapacidades físicas.

Factor L: Creatividad: En este factor en el polo positivo encontramos a personas que se muestran suspicaces, celosas, dogmáticas, tiránicas, que hacen hincapié en sus frustraciones, irritable y exige que la gente acepte las responsabilidades de sus errores.

Factor M: Actitud cognitiva: En lo que corresponde a este factor en el polo positivo encontramos a personas imaginativas, bohemias, distraídas, absortas en ideas, interesado en arte, teoría y creencias básicas, cautivado imaginativamente por creaciones internas, personas caprichosas y fácilmente alejable del buen juicio, son generalmente entusiasta pero con ocasionales rachas histéricas de "darse por vencido".

Factor N: Sutileza: En este factor en el lado positivo encontramos a personas astutas, mundanas, socialmente consciente, tienen mentalidad calculadora, precisa, son emocionalmente desapegado y disciplinados, estéticamente

delicadas, comprensivas respecto de sí mismas, perspicaz respecto a otras, ambiciosas, quizás inseguras, inteligentes.

Factor O: Conciencia: Este factor presente en su polo positivo personas inestables, informa de exceso de fatiga por situaciones excitantes, no pueden dormir debido a preocupaciones, se sienten inadecuados para enfrentarse a las difíciles exigencias de la vida cotidiana, se descorazonan fácilmente y tienen remordimientos, sienten que las personas no tienen la moral que deberían tener, se inclinan por la piedad, prefieren libros e intereses tranquilos a gente y ruidos, y muestran una clase de síntomas hipocondríacos y neurasténicos pero prominentemente de fobias y ansiedades. Y en el polo negativo presenta personas seguras de sí mismas, apacibles, seguras, complacientes, confiadas en sí mismas, elásticas, persistentes, apacibles, oportunas, insensibles a la aprobación y desaprobación de la gente, no es cuidadoso, vigorosamente brusco, sin temores, y dado a las acciones simples.

Factor Q₁: Posición Social: Este factor en su polo positivo presenta personas que están mejor informadas y se encuentran más dispuestas a experimentar con soluciones y problemas, menos dispuestas a moralizar, con más dudas

acerca de puntos de vista generales, y en el polo negativo se presentan personas conservadoras que respetan ideas establecidas, tolerantes ante las dificultades tradicionales.

Factor Q₂: **Certeza individual:** En este factor presenta en su polo positivo a personas autosuficientes, ricas en recursos y que acostumbra a tomar sus propias decisiones. Mientras que en el polo negativo encontramos a personas que marchan con el grupo y que definitivamente dependen más de la aprobación social, que es convencional y sigue la moda, cuando en dinámicas de grupo la persona que puntúa alto tiende a ser rechazada.

Factor Q₃: **Autoestima:** En el polo positivo encontramos personas controladoras, con firme fuerza de voluntad, escrupulosas socialmente, estricto en su proceder y que se guían por su propia imagen. Y en el polo negativo son personas controladoras, flojas, siguen sus propios impulsos e indiferentes a las reglas sociales.

Factor Q₄: **Estado de ansiedad.** En este factor encontramos en su polo positivo a personas tensionadas, frustradas, tras que en el polo negativo

encontramos personas tranquilas, relajadas, aletargadas, no frustradas y serenas.

5.1.3.2 Perfil clínico de personalidad según el CAQ. El CAQ es un test que evalúa la personalidad desde un punto de vista clínico, es decir, psicopatológico, pero fundamentado en la teoría de los rasgos.

A continuación se presentan los aspectos evaluados por el test CAQ.

D1, HIPOCONDRIASIS. La persona que puntúa alto es depresiva en el sentido de que le preocupa la alteración de las funciones de su cuerpo. De acuerdo con el contenido de los elementos que comprende esta escala, muchas de las quejas no son específicas y así, por ejemplo, esa persona cree que sus nervios están a punto de estallar, que está peor de salud que los demás, que se siente floja y tan cansada que apenas puede moverse, o que al oír hablar de una enfermedad empieza a pensar que ella tiene algo parecido.

Esta escala es una de las principales contribuciones al factor secundario de Depresión, y existe algún indicio de que su importancia es ligeramente mayor

entre las mujeres; las mujeres neuróticas y esquizofrénicas suelen puntuar más alto que los varones en esta dimensión secundaria.

D2, DEPRESIÓN SUICIDA. El contenido de los elementos de esta escala se centra en los pensamientos de autodestrucción. Los sujetos que puntúan alto afirman estar hartos y a disgusto con la vida, que ésta les parece ya vacía, sin sentido ni propósito; les ronda el pensamiento de que la muerte es el final de todos nuestros problemas y que han llegado al final de su camino y prefieren detenerse. Junto con D1 (Hipocondriasis) y D5 (Baja energía) forman la tríada de mayor peso en el factor secundario de Depresión.

D3, AGITACIÓN. La matriz de correlaciones MMPI - CAQ sugiere una conexión entre las puntuaciones de esta escala y lo que originalmente se concibió como síndrome hipomaniaco. Los sujetos que puntúan alto afirman que les gustaría hacer cosas arriesgadas e intentar cosas nuevas, o que están a disgusto hasta que encuentran algo arriesgado que hacer; y buscan la agitación. Debajo de estos deseos puede haber un anhelo de muerte asociado a esta dimensión y que explicaría esta búsqueda inquieta de aventura y riesgo.

D4, DEPRESIÓN ANSIOSA. Aunque puede llegar a confundirse esta dimensión con la Ansiedad, el análisis factorial ha mostrado que es diferente del patrón de esa dimensión secundaria y, por otra parte, es una de las contribuciones menos importantes en la estructura de la Depresión. La Ansiedad y D4 covarían juntas aunque no necesariamente.

La persona que puntúa alto se define así misma como torpe y desmañada al manejar objetos, sueña mucho sobre cosas que le dan miedo, no se siente segura de sí y tranquila y pocas veces dice lo que piensa sobre lo que hacen los demás, sea bueno o malo. Estas personas están desorientadas, y se sienten incapaces de enfrentarse a las exigencias inmediatas y sometidas a pesadillas. La escala representa un aspecto de la depresión que puede ser profundamente perturbador y molesto.

D5, DEPRESIÓN BAJA ENERGÍA. Algunas de las escalas primarias de la depresión incluyen la fatiga como un síntoma secundario, pero en esta escala la baja energía es el núcleo de ese patrón. Es una de las tres contribuciones más importantes a la dimensión secundaria de Depresión.

El individuo que puntúa alto se siente triste y de mal humor, se despierta sin energías para comenzar el día, casi nunca duerme profundamente, a menudo la vida le parece vacía y solitaria, le entusiasma muy poco la vida y se siente agotado y bajo.

D6, CULPABILIDAD - RESENTIMIENTO. Este es el aspecto de la depresión asociado al sentimiento de haber cometido lo imperdonable y la consecuente sensación de inutilidad o impotencia. El sujeto que puntúa alto declara que le perturban los sentimientos de culpabilidad, que a veces no puede dormir pensando en las cosas que debiera haber hecho o en lo que le va a pasar por los errores que ha cometido o tiene pesadillas en las que está solo y abandonado.

Las puntuaciones más altas se encuentran en casos de alcohólicos o problemas de conducta. D6 presenta una elevada relación con otros factores patológicos en sujetos diagnosticados como agresivo - pasivos (y de ahí la sugerencia de resentimiento en el título de la escala) y en alcohólicos.

D7, APATÍA - RETIRADA. Esta dimensión se caracteriza por dos rasgos principales: la sensación de que la vida es bastante absurda y sin sentido como

para preocuparse, y la tendencia a evitar el trato con los demás. El sujeto que puntúa alto se encuentra a gusto cuando está solo, sin los demás y se siente demasiado decaído e inútil como para querer hablar con la gente.

El grupo que suele puntuar más alto es el de los esquizofrénicos, y también obtiene D7 alto el de los narcoadictos.

Pa, PARANOIA. El contenido de los elementos Pa generalmente se acopla a la clásica definición de síndrome paranoico; hay declaraciones de recelo, sensación de injusticia y persecución, celos con respecto a otros, cierto cinismo sobre la naturaleza humana y miedo a ser envenenado.

La puntuación es esencialmente de tipo medio entre los neuróticos y los alcohólicos, y sólo un poco mayor entre los que usan narcóticos. Pero es alta en los esquizofrénicos (especialmente en los de tipo paranoico) y muy alta en las alteraciones de conducta.

Pp, DESVIACIÓN PSICOPÁTICA. Los sujetos que puntúan alto son, generalmente, menos inhibidos que el promedio de las personas, tanto com

respeto al peligro o dolor físico como a las críticas de la sociedad. Hay también un cierto grado de búsqueda de sensaciones o excitación, característica que comparte con D3 (Agitación) y con la que tiene una elevada correlación. Sin embargo, las características D3 parecen esencialmente limitadas a las de ese tipo de conducta impulsiva e hipomaniaca, mientras que Pp parece tener más implicaciones patológicas.

Estas personas tienen fuerza y energía para estar dos o tres días sin dormir; ellas no les importa ser el centro de atención o la cabeza de turco, y les encantan las discusiones y situaciones de emergencia. Hay, naturalmente, otros elementos con un contenido antisocial más considerable y que podrían presentar un cariz más problemático; no obstante, como el CAQ emplea el método de autoevaluación, esos elementos resultan en la práctica poco útiles, porque las alternativas puntuables tienen una atracción muy baja.

Sc, ESQUIZOFRENIA. Según sus propias autoevaluaciones, el sujeto que puntúan alto encuentran dificultades para expresar sus ideas, tiene impulsos extraños, cree que la gente no le comprende y le evita por motivos que desconoce y no le da la importancia que merece, y tiene pérdidas de memoria.

sentimientos de irrealidad y alucinaciones. En resumen, el contenido de los elementos de Sc es el más raro de todas las escalas del CAQ.

Por tanto, el resultado es que los comportamientos incluidos en esta escala no son privativos del diagnóstico esquizofrénico, sino que están también presentes en otras perturbaciones.

As, PSICASTENIA. Esta variable se caracteriza por el tipo obsesivo de conducta sobre la que el sujeto declara tener poco autocontrol. Estas conductas incluyen el contar cosas, tener ideas o palabras sin importancia que pasan por la cabeza y están rondando una y otra vez durante días o preocuparse una y otra vez por cosas sin importancia. También se recoge alguna sugerencia de comportamiento fóbicos.

A nivel de dimensión secundaria, contribuye de manera importante en el factor de Ansiedad, pero también al de Psicosis General, y su participación en el de Neuroticismo sólo es significativa en el grupo de mujeres.

Ps, DESAJUSTE PSICOLÓGICO. En las primeras publicaciones del CAQ se aludía a esta escala como psicosis general. La posterior acumulación de nuevas investigaciones y datos sugiere que esa psicosis es más bien una dimensión secundaria a la que contribuye esta escala Ps, junto con Pa, Sc y As, y por ello parece más apropiado el título de Desajuste psicológico.

El sujeto con puntuación alta piensa de sí mismo que no vale para nada. La desviación se da en el área de la autovaloración de la realidad, cuando el sujeto se considera una persona sin éxito, un desastre. Esto sugiere el patrón de desesperanza adquirida a que alude A.T. Beck al tratar la depresión y, por tanto, no es sorprendente la importancia de esta escala en la dimensión secundaria de Depresión.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES "REPITENTES".

Se entiende por paciente repitente aquel que acude 7 o más veces por la misma o por diferentes causas con o sin conexión, a consulta médica general, en ocasiones sin presentar una sintomatología que amerite tratamiento médico.

En su mayoría los pacientes repitentes presentan características hipocondríacas, depresivas, bajas energías, lo que generalmente catalogan los médicos como desmotivación, apatía, sentimientos de extrañeza y necesidad de llamar la atención. El paciente "repitente" se define como el usuario que asiste a consulta médica general mas de 7 veces al mes, por la misma causa o por diferentes motivos de consulta, con la intención de lograr atención médica de especialistas, esto durante un tiempo mayor a 2 años. Con este comportamiento de algunos pacientes, las estadísticas de las EPS lo ubican como el paciente que se repite una y otra vez en las listas de atención a usuarios sin presentar un diagnóstico definido, ante este particular la auditoria lo rotula como "repitentes". Este procedimiento detecta muy pocos pacientes (1.93 % con respecto de 780 pacientes atendidos en el mes durante dos años seguidos en la misma sucursal) , pero se sugiere investigarlo para ubicar el diagnóstico, el aumento progresivo y la incidencia económica que representa tal gasto infructuoso para las EPS.

CUADRO 1
ESTANDAR DE ASISTENCIA MÉDICA Y PORCENTAJES

Primera Semana	25%	1 Visita	Mínimo de Asistencia : 25%
Segunda Semana	25%	2 Visitas	Normal de asistencia: Entre 50% y 75%
Tercera Semana	25%	3 Visitas	Normal de asistencia. Entre 50% y 75%
Cuarta Semana	25%	4 ó más visitas	Máximo de Asistencia: 100%

Según lo observado durante las entrevistas con los pacientes y en el contacto directo con la población en estudio, se encuentra que la mayoría de las personas tiende a ocultar sus sentimientos, intentando así desconectarse de su interior, persuadiéndose de que ``no pasa nada'', haciendo como que no hay sentimiento que por, mucho que se sienta, merezca la pena ser contemplado, llegando así a presentarse un tipo de creencias irracionales (``no debo estar triste, no debo angustiarme, mi comportamiento siempre ha de ser impecable'', etc).

Este modelo es la forma espontánea con la cual la mayoría de estas personas pretenden resultar de buena apariencia, no llorando nunca, no siendo "débiles", soportándolo todo con indiferencia. Se podría concluir que a este estado de

ánimo le sigue el alejamiento de lo emocional lo cual se representa como una percepción de un proceso corporal extraño.

De esta forma la vida de estos pacientes podría tomarse como normal, sin problemas ni grandes agobios o teniendo la persona total entereza, y todo iría de maravilla de no ser por la presencia de malestares físicos incomprensibles que nunca parecen encajar en los cuadros médicos oficiales. Las náuseas, los mareos, el vértigo, el aturdimiento, son tan evidentes que sería absurdo no pensar que obedecen a alguna misteriosa enfermedad, siendo que no se ve ni reconoce el poder la ansiedad como causa de los síntomas.

Esto se podría explicar teniendo en cuenta que mientras que una persona preparada para reconocer sus emociones podría fácilmente reconocerla como el aburrimiento, a la soledad, a la falta de estímulos, carencias sexuales, falta de afecto, rencor o ambición frustrada, estos pacientes probablemente padecen de incapacidad para encontrar el sentido de las emociones, sólo percibe un dolor de cabeza, de estómago, de las articulaciones, un extraño cansancio, molestias musculares misteriosas, sensaciones internas inquietantes, y todo

ello le hace sospechar alguna enfermedad que coincidiera en algunos aspectos anormal (aunque luego el médico encontrará más diferencias que similitudes).

A simple vista la relación atormentada de estos pacientes con el cuerpo delata la presencia oscura de lo que, al no poderse decir, sólo obtiene atención en la superficie de la piel, en la contracción muscular, en espasmos sin sollozo, fruncido de cejas sin pensamiento, dolor sin herida que lo produzca.

También se advierte que la población en estudio se desconcierta al ver que nunca se resuelve el diagnóstico médico, ni ningún fármaco le cura lo que no tiene. A algunos médicos les disgustan esta clase de pacientes que parecen hacerles perder el tiempo y que constantemente cuestionan su profesionalidad. Pero el mensaje de "no tiene usted nada" niega la existencia de lo que el hipocondríaco ve con la evidencia de sus sentidos, y le hace vacilar entre la idea de ser locos alucinando cosas que no existen y la idea de que tienen algo tan raro que los mismos médicos desconocen (algo que evoca la posibilidad de ser un "caso perdido").

Como se sabe el ser humano necesita 'motivos' para actuar, deseos, ilusiones, objetivos que den sentido a su vida, en este estado para estos pacientes se avista estados depresivos y altibajos en el estado de ánimo, en lo cual permanecen apáticamente, un desgano, una desilusión y falta de sentido en sus vidas que en el peor de los casos parecen 'vegetativas' y absurdas.

Sin motivación no se está en disposición de actuar, y más bien la tendencia es a abandonarse en la inactividad. La motivación, las nuevas ilusiones, ¿cómo pueden aparecer en estas personas?

Todo parece indicar que probablemente en estas personas disminuye progresivamente la habilidad de edificar nuevas experiencias sobre las cenizas de las anteriores hundiéndose así en el fracaso, la muerte, la enfermedad. En numerosas ocasiones podemos observar que por un lado la persona 'derrotista' se abandona en exceso como si necesitaran de auto-complacense.

Por otro lado, la persona por pudor, miedo, intolerancia u orgullo, no se atreve a buscar 'consuelo', a buscar una 'contención al dolor', y sobre todo no se atreve a pensar en distintas soluciones que pueda intentar llevar a la práctica.

La conducta de búsqueda, de exploración, requiere desde luego cierta capacidad de aventura, de saber salir de los caminos ya estériles o acabados, de alejarse de las vías muertas para explotar territorios nuevos.

Este salir de lo conocido da mucho miedo, sobre todo si a lo largo de la vida se ha procurado ir sobre seguro, por senderos convencionales, temiendo demasiado la reprobación, y buscando la aprobación de los demás.

Estas actitudes y el miedo al cambio, a la novedad es por consiguiente un gran obstáculo para encontrar nuevas motivaciones. También es muy común la dificultad de tener otros roles que implican las situaciones nuevas (hacer de 'soltera' una persona que ha llevado muchos años de casada, hacer de alumno alguien que hace mucho tiempo que no ocupa esa posición, empezar un nuevo trabajo con la humildad del novato, buscar nuevas relaciones sociales como un recién llegado, nuevas actividades o aficiones en las que se empieza de cero, etc.)

La flexibilidad de la personalidad nos ayuda a 'ser de diversas maneras', y en el caso de estos pacientes "repitentes" se evidencia una rigidez peligrosa, sobre todo en las situaciones excepcionales que mencionamos.

Las personas que desarrollan esta facultad siempre están buscando la manera de llamar la atención, con algún motivo dirigen su mente hacia preguntas como: ¿qué podría hacer ante esta nueva situación, no seré capaz? ¿y de qué manera podría evitar lo? ¿y de qué forma?. Experimentan la torpeza para hablar o la timidez, así llegan a verse y sufriendo vergüenza finalmente retirándose a su cueva interior: el desánimo, huyendo de la búsqueda en el mundo, se agrava y se muestra insuficiente para salvarlos del apuro, y más bien los lleva a una destrucción desesperada.

Otras sensaciones pueden ser experimentadas como la apatía, la debilidad y el cansancio: En el caso de la depresión el estado de 'debilidad', atonía muscular, y en ocasiones enlentecimiento se debe mas a un 'estado' de inactividad que al fruto de cansancio o de proceso regenerativo. Se trata de un estado que la persona puede describir como 'falta de energía', y que predispone muy

negativamente frente a los esfuerzos físicos tales como levantarse de la cama, ducharse, vestirse, desplazarse, etc.

Los fisioterapeutas conocen bien este problema: una persona ha tenido una lesión muscular, por ejemplo una tendinitis, debido al estrés como producto de permanecer en inadecuadas posturas, o por ejecución de movimientos bruscos. Instintivamente deja de mover el brazo para ahorrarse dolor, pero esa inactivación a la larga produce involución muscular y pérdida de capacidad de movimiento, un retroceso. La solución: ejercicios de recuperación progresivos.

Siguiendo este ejemplo, el síntoma de la falta de energía y apatía provoca a menudo un círculo vicioso similar: contra más descansada e inactiva está la persona menos energías y más. Además de esto, experimentan dudas e inseguridades

En la depresión las "grandes dudas" y las "pequeñas dudas" se convierten ambas en el mismo tormento. A ello contribuye:

- La dificultad de auto-evaluación, se podría explicar por la magnificación, o la tendencia a formar una tormenta en un vaso con agua, que en la

depresión está alterada en el sentido negativo, esto es, en la dirección de exagerar lo poco como mucho, el a veces como siempre, una dificultad como una imposibilidad, de forma que un fallo que comete lo atribuye a que es "una nulidad" o un desaire que se le hace es evaluado como "no soy digno de aprecio". La misma angustia que se produce de vivir el pequeño problema como problema de primera categoría, es percibido con extrañeza y alimenta en buena medida la inseguridad, al observar que sentimos de forma anómala y por tanto cabría temer que podríamos tomar decisiones absurdas.

- La dificultad que experimentan de sentir placer -de cualquier tipo- vuelve muy difícil que estos pacientes se orienten, ya que la búsqueda del placer -a corto o largo plazo- es una de las mejores guías que tienen los humanos para actuar. Por esta razón la persona deprimida está muy confundida e indecisa acerca de qué decisión tomar hasta en las cosas más mínimas.

En cuando al aislamiento, que también se da en este tipo de pacientes ya que cuando se está desanimado tienden a estar más expansivos, se comunican más y

mejor con las personas que les rodean y con quienes comparten intereses en particular.

Por el contrario, la reacción más común estando desanimados es disminuir la búsqueda activa de contacto y distanciarse en las relaciones que tienen por costumbre.

El contacto humano, es una de las necesidades primordiales en el aspecto afectivo por consiguiente, alejarse es una forma de dar la espalda a esas necesidades, estar ausentes.

Con cierta frecuencia este aislamiento no sólo es un síntoma de depresión, sino que también ha sido en buena medida su causa. La falta de habilidades sociales, especialmente para intimar y hacer amigos, las dificultades de carácter y maduración, hacen que en ocasiones las relaciones resulten problemáticas o insatisfactorias, pobres y decepcionantes. Así estos pacientes podrían estar manejando esquemas cerrados en el área de socialización.

Estos pacientes con tendencia a la depresión tienen la sensación de no estar en su mejor momento y por ello no resulta tan agradable a los demás. y no quiere "hacer el papelón" o "ser pesada" o aburrida ante los demás.

Mientras que la depresión, produce una dificultad para sentir sentimientos positivos (alegría, placer, goce, entusiasmo, deseo), por el contrario, deja intacta la capacidad de sentir lo desagradable (un ruido molesto, una contrariedad, lo penoso y trabajoso, el trato hostil o áspero de los demás).

Esta situaciones manifestadas en la población de estudio convergen probablemente en un trastorno donde confluyen la dificultad de conectarse con la intimidad de lo sentido y pensado, señales psicósomáticas de un alto nivel de ansiedad, rumiaciones fantasiosas sobre cuadros patológicos, sensaciones de incomprensión y desprecio y la tentación constante de estar pendientes de su propio cuerpo rebelde.

Es interesante recordar que la psicoterapia cognitiva conductual intenta encontrar los caminos de la construcción cognitiva y descubrimiento de la vida emotiva, el reconocimiento de las necesidades no resueltas, el control de las

ideas obsesivas e irracionales sobre la enfermedad, los múltiples aspectos de los síntomas psicósomáticos, la adecuada gestión del ánimo y de la capacidad de goce de la persona.

5.3 CARACTERIZACION DE LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD.

Entre los aspectos más significativos de la institución se encuentran los siguientes:

Misión: Se considera que la misión es la definición de un negocio y por ende es el input de todas las decisiones restantes. La misión es la contribución de la institución a la sociedad y lo que las empresas deben hacer.

Visión: En cuanto a la visión, esta apunta a lograr una propuesta sintética que permite a los accionistas de las EPS confirmar a que juego estratégico se está jugando, a los empleados entender por qué la EPS es una buena empresa para invertir su tiempo profesional y a los clientes y proveedores, cuál es el valor agregado de la empresa para la comunidad.

Las EPS se ven comprometidas a dirigirse a través de estrategias siguiendo un modelo coherente e integrador de decisiones que determina el propósito de la EPS en términos de mediano y largo plazo. Por ello, la visión y la misión son herramientas de gestión estratégica básicas para las organizaciones de salud.

En todo caso, plantear regularmente la pregunta '¿Por qué existen las EPS?' esto plantea que la institución tenga muy en claro hacia dónde quiere ir, aprovechando sus ventajas comparativas.

Las empresas promotoras de salud, son empresas especializadas en la prestación del Plan Obligatorio de Salud, que le dan la mas alta prioridad al servicio y a la calidad de la atención en salud. Son creadas especialmente para garantizar la cobertura económica de los servicios de salud a sus afiliados, recaudar los aportes mensuales obligatorios y garantizar el pago de incapacidades y licencias contempladas por la ley 100.

Un afiliado es una persona cubierta por el sistema de seguridad social que tiene derecho a recibir las prestaciones asistenciales y/o económicas de acuerdo al plan obligatorio de salud POS. Los afiliados pueden ser de dos

clases: Los cotizantes y beneficiarios, los primeros son los afiliados con capacidad de pago y los segundos son las personas que están cubiertas por ese plan obligatorio de salud. Los cuales reciben todos los servicios médicos pero dependen económicamente del cotizante.

El sistema de seguridad social en salud permite a todos los colombianos tener acceso a los servicios de salud contemplados en el POS, independientemente de su capacidad de pago. A través de la seguridad social en salud, los usuarios tienen derecho a escoger libremente su EPS y a que se ofrezca un servicio eficiente y de buena calidad.

El P.O.S. o Plan Obligatorio de salud consiste en un plan limitado destinado a la protección de la salud, prevención y curación de las enfermedades, en el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar, el pago de incapacidades y licencias esenciales de maternidad a las cuales tiene derecho el cotizante a cambio de un pago mensual obligatorio conocido como los aportes.

Las coberturas del POS son: ⁴

- Atención inicial de urgencias
- Educación y promoción de salud
- Atención medica general y especializada
- Terapias, nutrición, medicamentos esenciales y genéricos.
- Psicología, optometría, hospitalización y cirugía.
- Exámenes diagnósticos odontología básica, maternidad.
- Para los cotizantes pagos de incapacidades y licencias de maternidad.

⁴ EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SALUD TOTAL. Guía para el usuario. Barranquilla: 2.000. p. 5 -6.

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

El perfil clínico de personalidad se define como el conjunto de elementos que describen y definen a un individuo en cuanto a su personalidad, entendida ésta como "nuestra naturaleza psicológica e individual. Es por lo tanto una identidad individual que tiene diversos componentes, algunos son mas centrales y definen a las personas, mientras que otros son periféricos y están sujetos a cambios".⁵

⁵ DICAPRIO, Nicholas. Op Cit. p. 74.

6.2 DEFINICION OPERACIONAL.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE CUANTITATIVO	INDICE CUALITATIVO
Características Clínicas de personalidad.	-Hipocondriasis.	-Preocupación por la salud.	- (0-30)	Bajo: Características de personalidad sin indicadores clínicos.
	-Depresión suicida.	-Satisfacción con la vida.		
	-Agitación.	-Gusto por la aventura y el peligro.	- (30-70)	Medio: Características de personalidad dentro del promedio.
	-Depresión ansiosa.	-Grado de perturbabilidad en momentos de emergencias.	-(70-100)	Alto: Características de personalidad con indicadores clínicos.
	-Depresión baja energía.	-Entusiasmo por las cosas que realiza.		
	-Culpabilidad-resentimiento.	-Presencia de sentimientos de culpa.		
	-Apatía-retirada.	-Actitud ante los contactos interpersonales.		
	-Paranoia.	-Presencia de sentimientos de celos y envidias.		
	-Desviación psicopática.	-Actitud ante las conductas antisociales.		
	-Esquizofrenia.	-Evaluación de la realidad.		
-Psicastenia.	-Hábitos compulsivos e ideas repetitivas.			

	-Desajuste psicológico.	-Sentimientos de confianza e inutilidad.		
	-Expresividad Emocional.	-Nivel de sociabilidad, efectividad, complacencia y participación con las personas.	- (1-4)	Bajo: Características con pocas posibilidades en las habilidades y desempeño personales.
	-Inteligencia.	-Rapidez para dar soluciones.	- (5-6)	Medio: Características de personalidad dentro del promedio.
	-Fuerza del Yo.	-Madurez, calma y dominancia competitiva.		
	-Dominancia.	- Ejercer control y obtener beneficio de todos.	- (7-10)	Alto: Características con muchas posibilidades en las habilidades y desempeño personales.
	-Impulsividad.	-Audacia, deseo aventurero, forma de socializarse.		
	-Lealtad grupal.	-Nivel de confianza hacia los otros, amabilidad.		
	-Aptitud situacional.	-Objetividad, preocupación por asuntos reales.		
	-Autoestima.	-Respeto o grado de valoración por sí mismo.		
	-Emotividad.	-Expresión de sentimientos.		
	-Credibilidad.	-Aceptación de la opinión ajena.		
	-Actitud cognitiva.	-Aceptar errores y opiniones contrarias.		

	<p>-Sutileza.</p> <p>-Posición social.</p> <p>-Certeza individual.</p> <p>-Estado de ansiedad.</p> <p>-Conciencia.</p>	<p>-Discreción, no hacer daño al otro.</p> <p>-Buena relación con el grupo.</p> <p>-Creer en sí mismo.</p> <p>-Forma preocupada de actuar.</p> <p>-Conocimiento exacto y reflexivo de las cosas.</p>		
--	--	--	--	--



7. CONTROL DE VARIABLES

7.1 EN LOS SUJETOS.

QUE?	COMO?	POR QUE?
Pacientes.	Seleccionando personas que sean usuarios de una E.P.S.	Es el objetivo de la investigación trabajar con esta población.
Repitencia.	Seleccionando personas que sean pacientes que acudan en un máximo de asistencia 7 veces en un mes a consultas con el médico general.	Estas personas suelen acudir a citas médicas sin motivo alguno.

7.2 EN EL AMBIENTE.

QUE?	COMO?	POR QUE?
Forma de aplicación del instrumento.	Aplicando el instrumento de modo individual.	De esta forma se garantiza privacidad durante el proceso de aplicación de las pruebas.

7.3 EN LOS INVESTIGADORES.

QUE?	COMO?	POR QUE?
Unidad de criterios.	Suministrando la información a todos por igual y en un lenguaje sencillo.	Se procura homogeneizar la información para evitar así confusiones o sesgos.

7.4 EN LOS INSTRUMENTOS.

QUE?	COMO?	POR QUE?
Validez.	Seleccionando instrumentos válidos y confiables.	Esto aumenta el valor científico del estudio.

7.5 VARIABLES NO CONTROLADAS.

No se controlaron variables tales como: género, religión, estado civil o tipo de enfermedades de las personas, por que estas no influyen sustancialmente para los objetivos del estudio, por cuanto para describir el perfil clínico de personalidad se consideran relevantes.

8. METODOLOGÍA

8.1 PARADIGMA.

El paradigma de investigación que sustenta epistemológicamente el estudio es el empírico-analítico, el cual se interesa por el conocimiento fundamentado en un enfoque cuantitativo, y mediante la prueba de hechos objetivos, que en este caso en particular será mediante tests de gran valor científico por su validez y confiabilidad.

8.3. DISEÑO.

El diseño de investigación que orienta metodológicamente el estudio es el descriptivo-comparativo, el cual es definido por Abello y Madariaga (1986) como "el tipo de investigación que intenta describir las principales modalidades

de formación, cambio o estructura de un fenómeno, como también su comparación con otros, pero sin intentar determinar relaciones causales".⁶

8.4 POBLACION.

Los sujetos de la población de estudio estuvo conformada por un grupo de 15 personas, hombres y mujeres pacientes de una E.P.S en la ciudad de Barranquilla y que acude 7 veces o más al mes a consulta médica general, durante un período de dos años por la misma o diferentes causas sin presentar una sintomatología que amerite tratamiento médico, por lo que suelen denominarse "pacientes repitentes".

8.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Los instrumentos que permitieron la recolección de la información fueron:

- Cuestionario de análisis clínico de personalidad CAQ
- Cuestionario factorial de la personalidad 16PF.

⁶ ABELLO, Raimundo y MADARIAGA, Camilo. Estrategias de evaluación de programas sociales. Barraquilla: Uninorte, 1.986. p. 97.

- Cuestionario de análisis clínico de la personalidad. Para identificar los rasgos normales y patológicos de la personalidad en la muestra de estudio se utilizó el CAQ (Cuestionario de Análisis Clínico).

FICHA TÉCNICA:

Nombre original:	Clinical Analysis Questionnaire
Autor:	Samuel E. Krug
Procedencia:	IPAT (Institute for Personality and Ability Testing), Champaign, Illinois.
Adaptación española:	Departamento I + D de TEA Ediciones, S.A. Madrid (1987).
Administración:	Individual y colectiva
Duración:	Variable, entre 30 y 45 minutos, aproximadamente.
Aplicación:	Adolescentes y adultos (nivel básico: estudios primarios)
Significación:	Evaluación de doce variables clínicas de la personalidad
Tipificación:	Baremos en decatipos para cada sexo en dos muestras normales (adolescentes y adultos) y una clínica.

- **FIABILIDAD:** Los tests psicológicos deben poseer una razonable fiabilidad si se pretende que sean útiles, tanto cuando se emplean con fines de investigación como cuando se aplican con un propósito práctico. Existen varios tipos de fiabilidad y diferentes métodos para su obtención (test - retest, consistencia interna o coeficiente alfa, etc.)

El CAQ ha determinado un índice de fiabilidad de 0.80 mediante el criterio Test - Retest lo cual lo hace altamente confiable.

- **VALIDEZ:** La definición básica de un índice de validez es el grado en que el instrumento mide lo que dice medir. En el caso de un test de conocimientos o aptitudinal esa apreciación es fácil y se puede hacer directamente definiendo con claridad un criterio objetivo; pero no ocurre así cuando se trata de la medida de una característica de la personalidad.

De acuerdo con las investigaciones previas el instrumento fue concebido para medir 12 dimensiones o rasgos independientes que resultaron de la rotación a estructura simple de un conjunto de cuestiones con contenidos normales y patológicos.

En los estudios factoriales originales se dividió cada escala en dos medidas del factor subyacente y se analizaron factorialmente los resultados de una muestra total de 810 sujetos (normales y casos clínicos), tomando como saturación crítica mínima la de 0.30. Existe sistema de análisis factorial por paquetes arrojó una estructura muy satisfactoria y concordante en las cuatro submuestras tomadas del grupo total de análisis. Su resumen, en términos de Coeficiente de validez, se encuentra en la base de la misma se han incluido los coeficientes de validez de las tres dimensiones secundarias que los autores obtienen de las escalas primarias del CAQ: Depresión, Psicosis y Neurosis.

**CUADRO 2
DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS**

PRIMER ORDEN		
Puntuaciones bajas (1-4)	Escala	Puntuaciones altas (7-10)
Hipocondriasis		
Contenta, su mente trabaja bien, no tiene temores de salud.	D1	Preocupada por la salud, desarreglos y funciones corporales.
Depresión suicida		
Satisfecho de la vida y sus aspectos, goza de la vida.	D2	Insatisfecha de la vida
Agitación		
Evita peligros y situaciones de aventura, poca necesidad de excitación	D3	Busca excitación, acepta riesgos, intenta nuevas cosas, incansable.
Depresión ansiosa		
Tiene calma en emergencias, confía en lo que le rodea, sosegada	D4	Sueños perturbadores, desmañada manejando cosas, tensa, fácilmente perturbable.

Depresión baja energía

Enérgica, muestra entusiasmo por el trabajo, duerme profundamente.	D5	Sentimientos de intranquilidad y preocupaciones, falta de energía para afrontar lo que le llega.
--	----	--

Culpabilidad - resentimiento

No perturbable por sentimientos de culpabilidad puede dormir si deja sin hacer cosas importantes	D6	Con sentimientos de culpabilidad, se acusa por todo lo que no sale bien, se autocrítica.
--	----	--

Apatía - retirada

Relajada, considerada y animosa con las personas	D7	Evita contactos interpersonales, no se halla comfortable con otros.
--	----	---

Paranoia

Confiada, no le afectan los celos o la envidia.	Pa	Cree que se le persigue, controla, espía, maltrata o se le envenena.
---	----	--

Desviación psicopática

Sensata, evita implicarse en actos ilegales o transgredir las normas.	Pp	Complaciente ante la conducta antisocial propia o ajena, no le ofenden las críticas.
---	----	--

Esquizofrenia

Evalúa con realidad a otros o a sí mismo, sin conducta regresiva.	Sc	Se aleja de la realidad, tiene impulsos repentinos o incontrolados.
---	----	---

Psicastenia

No le molestan ideas o pensamientos inoportunos o hábitos compulsivos.	As	Tiene ideas repetitivas o insistentes y hábitos compulsivos.
--	----	--

Desajuste psicológico

Se considera tan capaz, confiable y agradable como la mayoría.	Ps	Tiene pensamientos de inferioridad o inutilidad, es tímida y pierde la cabeza fácilmente.
--	----	---

SEGUNDO ORDEN**Ansiedad**

Relajado, tranquilo, sosegado		Tenso, frustrado, impulsivo, sobreexcitado.
-------------------------------	--	---

Extraversión

Socialmente desenvuelta, buena		Inhibida en los contactos con el
--------------------------------	--	----------------------------------

capacidad para lograr y mantener contactos personales		grupo
---	--	-------

Independencia

Emprendedora, iniciativa		Dependiente, pasiva y conducida por el grupo.
--------------------------	--	---

Socialización Controlada

Responsable, organizada, sus metas se encuentran dentro de la normativa social.		Acepta pocas obligaciones, se despreocupa de las normas.
---	--	--

Depresión

Ajuste emocional adecuado.		Persona ansiosa, introvertida, y falta de autocontrol social.
----------------------------	--	---

COMBINACIONES

Tetrada Psicótica

Conducta adaptativa		Conducta alejada de la realidad.
---------------------	--	----------------------------------

Sierra Dentada

No presenta características psicóticas		Presenta características psicóticas
--	--	-------------------------------------

Desorden del carácter

No presenta signos conductuales de alteración		Presenta signos conductuales de alteración
---	--	--

Tríada Neurótica

No presenta conflictos neuróticos		Presenta conflicto neurótico
-----------------------------------	--	------------------------------

El CAQ fue elaborado por Samuel Krug, es de tipo factorial y goza de grandes criterios de validez y confiabilidad, por lo que ha sido ampliamente utilizada, en especial en las áreas clínicas, consta de 144 items y evalúa los siguientes elementos:

Escala D1: Hipocondriasis. Evalúa el grado en que la mente trabaja bien y las preocupaciones por la salud y las funciones corporales.

Escala D2: Depresión suicida. Evalúa el grado de satisfacción por la vida.

Escala D3: Agitación. Evalúa las necesidades de excitación y el grado de interés por el peligro y las situaciones de aventura.

Escala D4: Depresión ansiosa. Evalúa el comportamiento y actitud en las situaciones de emergencia y la confianza en el medio que le rodea.

Escala D5: Depresión baja energía. Evalúa el entusiasmo por el trabajo, los sentimientos de intranquilidad y las preocupaciones.

Escala D6: Culpabilidad-resentimiento. Evalúa la perturbabilidad por los sentimientos de culpabilidad y la autocrítica.

Escala D7: Apatía-retirada. Evalúa la animosidad y grado en que conceptúa las relaciones interpersonales.

Escala Pa: Paranoia. Evalúa los sentimientos de envidia y celos.

Escala Pp: Desviación psicopática. Evalúa la complacencia y aceptación por las conductas antisociales propias o ajenas.

Escala Sc: Esquizofrenia. Evalúa la presencia de conductas regresivas, la evaluación de la realidad y el control por los impulsos repentinos.

Escala As: Psicastenia. Evalúa la presencia de sentimientos o ideas inoportunas y los hábitos compulsivos.

Escala Ps: Desajuste psicológico. Evalúa los sentimientos de inferioridad e inutilidad.

- Test 16 FP: (Cuestionario factorial de personalidad). Fue elaborado por Raymond B. Cattell, consta de 187 items y mide 16 factores de personalidad, dentro de los cuales se encuentran:⁷

⁷ CATTELL, Raymond. Manual del test de personalidad 16 PF. Madrid: Manual Moderno., 1.996.

La confiabilidad por división por mitad de los 16 factores es de 54 y de los coeficientes de equivalencia (correlacionales entre las escalas de factores primarios en las distintas formas de la prueba). También los coeficientes del test-retest durante los intervalos breves del tiempo (coeficientes responsables) se encuentran entre el 70 y 80, que significan que son más bajos que los de otros inventarios de personalidad.

La validez del 16PF se encuentra en los resultados de varias investigaciones muchas de las cuales tienen una naturaleza de culturas múltiples, que para su validez se lleva a cabo con base en las correlaciones múltiples entre las calificaciones en los reactivos que recaen significativamente y en un factor y las calificaciones en el mismo factor (validez directa de los constructos) o las correlaciones múltiples entre las calificaciones en los factores primarios y las calificaciones en otros factores (validez indirecta de los constructos). El 16PF se utiliza con frecuencia en asesoramiento e investigación, propósitos para los:

FICHA TÉCNICA:

- Nombre original: "Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)"
"Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois, U.S.A.
- Autor: R.B. Cattell.
- Nombre en la adaptación española: Cuestionario Factorial de Personalidad
16 PF.
- Adaptación española: Departamento I+D, TEA Ediciones, S.A., Madrid, 1975
- Administración: Individual y Colectiva.
- Duración: Variable, 45 a 60 minutos las Formas A o B, 30 a 40 la Formas C y D.
- Aplicación: Adolescentes y adultos, con un nivel cultural equivalente al de la Enseñanza Media para las formas A y B; menor exigencia para las C y D.
- Significación: Apreciación de dieciséis rasgos de primer orden y cuatro de segundo orden de la personalidad; posible medida de la Distorsión motivacional en las formas A, C y D, y de la Negación en la Forma A.
- Baremación: Tablas de decatipos para varones y mujeres, adolescentes y adultos, para las Formas A y B, C y D, existen también baremos de A + B para adultos de cada sexo.

El test mide 16 factores de personalidad, dentro de los cuales se encuentran:

Factor A: expresividad emocional. Evalúa el grado en que una persona es reservada o abierta.

Factor B: inteligencia. Evalúa el grado en que una persona es menos o más inteligente.

Factor C: fuerza del Yo. Evalúa el grado en que una persona es afectada por sentimientos o es emocionalmente estable.

Factor E: dominancia. Evalúa el grado en que una persona es sumisa o dominante.

Factor F: impulsividad. Evalúa el grado en que una persona es prudente o impulsiva.

Factor G: lealtad grupal. Evalúa el grado en que una persona es despreocupada o escrupulosa.

Factor H: aptitud situacional. Evalúa el grado en que una persona es tímida o espontánea.

Factor I: emotividad. Evalúa el grado en que una persona es racional o emocional.

Factor L: credibilidad. Evalúa el grado en que una persona es confiada o desconfiada.

Factor M: actitud cognitiva. Evalúa el grado en que una persona es práctica o soñadora.

Factor N: sutileza. Evalúa el grado en que una persona es sencilla o astuta.

Factor O: conciencia. Evalúa el grado en que una persona es segura o insegura.

Factor Q1: posición social. Evalúa el grado en que una persona es tradicionalista o innovadora.

Factor Q2: certeza individual. Evalúa el grado en que una persona es dependiente del grupo o autosuficiente.

Factor Q3: autoestima. Evalúa el grado en que una persona es desinhibida o controlada.

Factor Q4: estado de tensión. Evalúa el grado en que una persona es relajada o tensa.

QS1: introversión. Evalúa el grado en que una persona es introvertida o extrovertida.

QS2: ansiedad. Evalúa el grado en que una persona tiene poca o mucha ansiedad.

QS3: control social. Evalúa el grado en que una persona tiene mucho o poco control social.

QS4: dependencia. Evalúa el grado en que una persona es independiente o dependiente.

-Objetividad. Evalúa el grado en que una persona es subjetiva u objetiva.

-Creatividad. . Evalúa el grado en que una persona es poco o muy creativa.

-Neuroticismo. . Evalúa el grado en que una persona tiene alta o bajo nivel de neuroticismo.

-Aislamiento. Evalúa el grado en que una persona tiene bajo o alto aislamiento.

-Liderazgo. Evalúa el grado en que una persona posee alto o bajo liderazgo.

-Accidentalidad. Evalúa el grado en que una persona es libre o propensa a la accidentalidad.

8.6 PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo el estudio se hizo necesario una serie de etapas, la primera de ella fue seleccionar el tema de interés a investigar y de esta manera realizar una primera delimitación temática.

Posteriormente se seleccionaron los instrumentos y se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica, para de esta forma tener un gran marco teórico de referencia.

La etapa siguiente consistió en presentar un anteproyecto de investigación, para que el comité respectivo diera su aprobación.

La fase a seguir consistió en realizar los ajustes metodológicos que permitieran el montaje de la investigación.

Posteriormente se solicitó autorización a la EPS que permitiría la aplicación de los instrumentos a las personas que integrarían la muestra del estudio.

Una vez seleccionada la muestra se procedió aplicarle los dos instrumentos y de esta forma recoger la información pertinente.

La siguiente fase consistió en tabular evaluar los tests, para de esta manera tener unos primeros resultados estadísticos, que con base en una base programada en computador permitió la descripción de la misma, para posteriormente interpretarla a la luz del marco teórico y el contexto de la población.

La fase última de la investigación consistió en realizar las conclusiones y recomendaciones del caso y presentar el presente informe final.

9. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados encontrados en el estudio.

TABLA 1
RESULTADOS EN LA ESCALA GENERAL DEL CAQ

ESCALAS	TOTALES	PROMEDIOS	TENDENCIA
HIPOCONDRIASIS	116	7.73	ALTA
DEPRESIÓN SUICIDA	125	8.33	ALTA
AGITACIÓN	96	6.40	MEDIA
DEPRESIÓN ANSIOSA	99	6.60	MEDIA
DEPRESIÓN BAJA ENERGIA	112	7.46	ALTA
CULPABILIDAD-RESENTIMIENTO	99	6.60	MEDIA
APATÍA-RETIRADA	122	8.13	ALTA
PARANOIA	121	8.06	ALTA
DESVIACIÓN PSICOPATICA	78	5.20	MEDIA
ESQUIZOFRENIA	120	8.00	ALTA
PSICASTENIA	76	5.06	MEDIA
DESAJUSTE PSICOLOGICO	110	7.33	ALTA

En la tabla 1 se pueden observar los resultados generales en cada una de las subescala del test CAQ, donde se puede apreciar que los puntajes son altos en

las subescalas: hipocondriasis, depresión suicida, depresión baja energía,, apatía-retirada, paranoia, esquizofrenia y desajuste psicológico; y los puntajes son medios en las subescalas: agitación, depresión ansiosa, desviación psicopática y psicastenia. Todos los puntajes obtenidos fueron altos, lo cual significa que en su mayoría las personas de la muestra del estudio probablemente presentan una fuerte tendencia al desequilibrio emocional manifestado en síntomas físicos y preocupaciones acerca de su salud.

TABLA 2
RESULTADOS EN LA ESCALA HIPOCONDRIASIS

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
6.66 %	33.63 %	60.00 %

En la tabla 2 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la escala de "hipocondriasis" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están preocupados por la salud física, los desarreglos y las funciones corporales. Por lo que se ven atraídos a consultar diferentes diagnósticos y solicitar los servicios médicos a los cuales tienen necesidad de utilizar en mayor frecuencia de lo normalmente esperado. En estos casos las estadísticas de las EPS los identifican como repitentes por presentarse en ellos tal peculiaridad.

TABLA 3
RESULTADOS EN LA ESCALA DEPRESIÓN SUICIDA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
0.00 %	26.66 %	73.33 %

En la tabla 3 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la escala de "depresión suicida" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están disgustado con la vida, ésta les parece vacía y sin sentido. En ocasiones les ronda el pensamiento de que la muerte es el final. La población en estudio demuestra ser muy emotivos, como resultados de la observación directa, se supone que por ser la mayoría de género femenino estos tienden a experimentar la tristeza y la frustración de poder solucionar sus condiciones de vida, esto quizá se debe a sentimientos de impotencia y en ocasiones prefieran mejor rendirse que seguir luchando.

TABLA 4
RESULTADOS EN LA ESCALA AGITACION

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
6.66 %	66.66 %	26.66 %

En la tabla 4 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala de "agitación" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la

muestra del estudio no están muy agitados, lo cual pone en evidencia que en ocasiones estas personas evitan el peligro y las situaciones de aventura y tienen poca necesidad de excitación. Sin embargo, en otras ocasiones buscan la excitación, aceptan los riesgos, intentan nuevas cosas y son incansables. Probablemente les agitan pensamientos de temor que le generan tanta ansiedad como para invertir tiempo y someterse a rigurosos procedimientos médicos y quirúrgicos quizá se deba esto a que funcionan o actúan por un interés en común: la preocupación de su salud en general.

TABLA 5
RESULTADOS EN LA ESCALA DEPRESIÓN ANSIOSA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
20.00 %	33.33 %	46.66 %

En la tabla 5 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la escala de "depresión ansiosa" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio presentan sueños perturbadores, están tensas y son fácilmente perturbables. En algunos pocos casos estas personas tienen calma en emergencias, confían en lo que les rodea y son sosegadas. Quizá se tensionen debido a la incertidumbre de lo que está por venir esa expectativa y

estado de ánimo en medio de tanta ansiedad y por los resultados de los exámenes médicos y en general porque les inquieta el futuro.

TABLA 6
RESULTADOS EN LA ESCALA DEPRESIÓN BAJA ENERGÍA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
0.00 %	53.33 %	46.66 %

En la tabla 6 se observa que hay predominio en los puntajes medios con tendencia a puntajes altos en la escala de "depresión baja energía " lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio presentan sentimientos de intranquilidad, son muy preocupadas y les falta energía para afrontar las situaciones de la vida cotidiana. Esto se debe a que concentran su atención en las preocupaciones de salud, hasta llegar a perder la tranquilidad tal preocupación les permite funcionar efectivamente en total equilibrio para realizar otras actividades y funciones en las cuales se desarrollan. Como es el caso del ausentismo en los puestos de trabajo debido al incremento en el número de permisos para asistir a las citas médicas.

TABLA 7
RESULTADOS EN LA ESCALA CULPABILIDAD-RESENTIMIENTO

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
20.00 %	26.66 %	53.33 %

En la tabla 7 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la escala de "culpabilidad-resentimiento" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio tienen sentimientos de culpabilidad, son autocríticos y se acusan a sí mismos cuando algo no les sale bien. En algunos pocos casos los puntajes fueron bajos lo que indica que algunas de estas personas no están perturbadas por sentimientos de culpabilidad y duermen sin dejar de hacer cosas importantes. Esta población insiste la mayoría de las veces por ser atendidos con médicos especialistas y evitan a toda costa que los intentos fallen probablemente estos sentimientos sean generadores de culpa y resentimiento.

TABLA 8
RESULTADOS EN LA ESCALA APATÍA-RETIRADA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
13.33 %	13.33 %	73.33 %

En la tabla 8 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la escala de "apatía-retirada" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio evitan los contactos interpersonales, no se hallan confortables con las demás. En algunos pocos casos los puntajes fueron bajos; lo que indica que son personas relajadas, consideradas y amistosas con las demás personas. Con esto se presume que comparten únicamente con quienes tengan intereses en común con ellos, por lo tanto para evitar ser criticados en la mayoría de los casos prefieren estar distanciados, quizá por que al mismo tiempo se sienten diferente a los demás y con muy pocas cosas en común para compartir.

TABLA 9
RESULTADOS EN LA ESCALA PARANOIA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
6.66 %	13.33 %	73.33 %

En la tabla 9 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la escala de "paranoia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están hipervigilantes, creen que se les persigue, controla, espían o maltratan. Solo en uno de los casos hay una persona confiada y no afectada por los celos o la envidia. De este resultado se puede concluir que en

la mayoría de la población existen personalidades prevenidas y por lo tanto adopten comportamientos hipervigilantes también por no querer evidenciarse y más si se consideran diferentes a los demás del grupo.

TABLA 10
RESULTADOS EN LA ESCALA DESVIACIÓN PSICOPÁTICA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
26.66 %	60.00 %	13.33 %

En la tabla 10 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala de "desviación psicopática" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio no presentan desviaciones significativas, es decir, son sensatas, evitan involucrarse en actos ilegales o transgredir las normas, aun cuando en muchos otros casos son complacientes ante la conducta antisocial propia o ajena o no le ofenden las críticas. Al ser personas que participan en procedimientos médicos tienen la tendencia de seguir fielmente las recomendaciones, en tal caso no desearían actuar insensatamente para evitar inconvenientes futuros igualmente no se descarta que en algunos casos estos prefieren tomar el riesgo y exponerse a la crítica.

TABLA 11
RESULTADOS EN LA ESCALA ESQUIZOFRENIA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
0.00 %	33.33 %	66.66 %

En la tabla 11 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la escala de "esquizofrenia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están alejadas de la realidad y tienen impulsos repentinos e incontrolados.

TABLA 12
RESULTADOS EN LA ESCALA PSICASTENIA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
33.33 %	53.33 %	13.33 %

En la tabla 12 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala de "psicastenia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están molestos por ideas o pensamientos inoportunos, como tampoco presentan hábitos compulsivos. En algunos pocos casos se encontró que hay personas que tienen ideas repetitivas o insistentes, al igual que hábitos compulsivos. Es evidente que experimentan molestias físicas y se manifiestan en lo emocional, por tanto se presume que le asalten

incertidumbres respecto a los resultados de los tratamientos o la necesidad de los diagnósticos.

TABLA 13
RESULTADOS EN LA ESCALA DESAJUSTE PSICOLOGICO

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
20.00 %	20.00 %	60.00 %

En la tabla 13 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la escala de "desajuste psicológico" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio presentan desajustes emocionales, es decir, tienen pensamientos de inferioridad o inutilidad, son tímidas y pierden la cabeza fácilmente. Sin embargo, en algunos casos se encontraron personas que se consideran capaces, confiables y agradables como el resto de las personas. Esto se observa en la población en el aspecto de sentirse y verse a sí mismos como diferentes al resto del mundo. El paciente hipocondriaco apunta hacia un desequilibrio en cuanto a su bienestar físico y mental que por consiguiente le significa un comportamiento desajustado.

TABLA 14
RESULTADOS EN LA ESCALA ANSIEDAD

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
0.00 %	100 %	0.00 %

En la tabla 14 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala de segundo orden "ansiedad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio no están ansiosas y otras son mas bien ajustadas a la realidad. Algunos de los casos de la población manejaran comportamientos ansiosos debido quizás a su situación frustrante, las esperas, los procesos, teniendo en cuenta que la escala de paranoia y esquizofrenia presentan alta tendencia a ubicar la población.

TABLA 15
RESULTADOS EN LA ESCALA EXTRAVERSION

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
13.33 %	26.66 %	60.00 %

En la tabla 15 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la escala de segundo orden "extraversión" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio son extravertidas y en muy pocos casos son introvertidas. Según la información adquirida en la observación directa se

puede suponer que en la mayoría de los casos la muestra es expresiva cuando de compartir sus propios intereses se trata. Ellos resultan mas elocuentes y prefieren entrar en detalles con quienes demuestren aceptación de los temas.

TABLA 16
RESULTADOS EN LA ESCALA INDEPENDENCIA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
0.00 %	73.33 %	26.66 %

En la tabla 16 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala de segundo orden "independencia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio son independientes, es decir, realistas, autosuficientes, dominantes y suspicaces. La mayoría se ubica en términos medios probablemente debido a que son personas que para algunos casos con el manejo de sus asuntos personales prefieren ser autosuficientes y deciden que es o no conveniente en un momento determinado dependiendo de las circunstancias, y que en algunos pocos casos totalmente independiente y prefieren se autosuficientes y dominantes.

TABLA 17
RESULTADOS EN LA ESCALA SOCIALIZACION CONTROLADA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
20.00 %	33.33 %	46.66 %

En la tabla 17 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la escala de segundo orden "socialización controlada" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio tienen control sobre sí y en muy pocos casos no poseen dicho control. A través de la observación directa como personas que saben manejarse así misma evidenciando un adecuado comportamiento dentro del contexto, no se percibieron como personas descontroladas o desagradables, por el contrario en algunos casos cooperadores e interesados.

TABLA 18
RESULTADOS EN LA ESCALA DEPRESION

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
0.00 %	53.33 %	46.66 %

En la tabla 18 se observa que hay predominio en los puntajes medios con tendencias a puntajes altos en la escala de segundo orden "depresión" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio son

depresivas y presentan desajuste general. Es confirmado con los resultados de la observación directa teniendo en cuenta las características de la población en su mayoría de género femenino y no coincidiendo con la extroversión. manifestándose con la extraversión evidente entre las personas de la muestra.

TABLA 19
RESULTADOS EN LA ESCALA GENERAL DEL 16 PF

ESCALAS	TOTALES	PROMEDIOS	TENDENCIA
EXPRESIVIDAD EMOCIONAL	84	5.60	MEDIA
INTELIGENCIA	47	3.13	MEDIA
FUERZA DEL YO	81	5.40	MEDIA
DOMINANANCIA	87	5.80	MEDIA
IMPULSIVIDAD	75	5.00	MEDIA
LEALTAD GRUPAL	77	5.13	MEDIA
APTITUD SITUACIONAL	91	6.06	MEDIA
EMOTIVIDAD	69	4.60	MEDIA
CREDIBILIDAD	82	5.46	MEDIA
ACTITUD COGNITIVA	71	4.73	MEDIA
SUTILEZA	81	5.40	MEDIA
CONCIENCIA	74	4.93	MEDIA
POSICIÓN SOCIAL	88	5.86	MEDIA
CERTEZA INDIVIDUAL	95	6.33	MEDIA
AUTOESTIMA	97	6.46	MEDIA
TENSION	77	5.13	MEDIA

En la tabla 19 se pueden observar los resultados generales en cada una de las subescalas del test 16 PF, donde se puede apreciar que los puntajes promedios en la totalidad de los aspectos evaluados en las personas de la muestra del estudio no presentan una tendencia hacia lo patológico, debido a que este instrumento apunta a evaluar la personalidad en términos de normalidad, lo cual es evidente al notar que los resultados no se ubican en ningún caso hacia los extremos.

TABLA 20
RESULTADOS EN LA ESCALA EXPRESIVIDAD EMOCIONAL

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
13.33 %	66.66 %	20.00 %

En la tabla 20 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "expresividad emocional" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en un término medio. En algunos casos son personas que se caracterizan por ser abiertas, afectuosas, reposadas, participativos, bondadosas y emocionalmente expresivas. En muy pocos casos se caracterizaron por ser reservados, alejados, críticos, fríos, duros e inflexibles.

La expresividad emocional es un factor importante en la personalidad de todo individuo, pues en alguna medida es indicador de la espontaneidad y el control de las emociones.

TABLA 21
RESULTADOS EN LA ESCALA INTELIGENCIA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
66.66 %	26.66 %	6.66 %

En la tabla 21 se observa que hay predominio en los puntajes bajos en la escala "inteligencia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio se caracterizan por tener una baja inteligencia, es decir, que tienen poca capacidad mental para el estudio y son lentos para aprender y captar situaciones. En uno solo caso una persona presentó una alta capacidad intelectual.

En este sentido debe aclararse que el término inteligencia en este test no hace alusión al concepto tradicional en términos de coeficiente intelectual, sino mas bien a la madurez mental en el sentido de capacidad de razonamiento abstracto, y mucho mas relacionado con la preparación académica.

TABLA 22
RESULTADOS EN LA ESCALA FUERZA DEL YO

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
20.00 %	60.00 %	20.00 %

En la tabla 22 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "fuerza del yo" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que en ocasiones son estables emocionalmente y en otras no, así como también a veces presentan poca tolerancia a la frustración y en otras afrontan la realidad con madurez.

La fuerza del yo es importante para el desarrollo de la personalidad, por cuanto es evidencia del nivel de autocontrol que tiene el individuo.

TABLA 23
RESULTADOS EN LA ESCALA DOMINANCIA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
20.00 %	60.00 %	20.00 %

En la tabla 23 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "dominancia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la

muestra del estudio están en término medio, lo cual significa que en algunos casos son sumisos, pero en otras dominantes e independientes.

La dominancia es importante en lo que a personalidad se refiere, pues significa independencia respecto del medio y autonomía en la toma de decisiones, sin que necesariamente signifique pretender dominar a las demás personas.

TABLA 24
RESULTADOS EN LA ESCALA IMPULSIVIDAD

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
33.33 %	46.66 %	20.00 %

En la tabla 24 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "impulsividad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que en ocasiones son sobrios, prudentes y serios, y en otras descuidadas, animadas e impulsivas.

Niveles elevados de impulsividad no serían sanos, pues implicarían lapérdida del control, la baja tolerancia a la frustración y la poca ecuanimidad en la toma de decisiones.

TABLA 25
RESULTADOS EN LA ESCALA LEALTAD GRUPAL

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
26.66 %	60.00 %	13.33 %

En la tabla 25 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "lealtad grupal" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo cual significa que en muchos casos son despreocupadas, evitan las normas y aceptan pocas obligaciones, mientras que en otras son escrupulosas, perseverantes y sujetas a las normas.

La lealtad grupal también pone en evidencia un elemento de socialización e interacción con las demás personas, pues tiene gran significación en cuanto a la solidaridad y el trato con los pares.

TABLA 26
RESULTADOS EN LA ESCALA APTITUD SITUACIONAL

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
26.66 %	46.66 %	26.66 %

En la tabla 26 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "aptitud situacional" lo cual significa que en su gran mayoría las

personas de la muestra del estudio están en término medio, lo que significa que se caracterizan en ocasiones por ser cohibidas, tímidas y con falta de confianza en sí mismos, mientras que en otras se caracterizan por ser emprendedoras, atrevidas y espontáneas.

TABLA 27
RESULTADOS EN LA ESCALA EMOTIVIDAD

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
26.66 %	66.66 %	6.66 %

En la tabla 27 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "emotividad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que se caracterizan en ocasiones por ser confiados en sí, prácticos y de dura sensibilidad, sin embargo, en otras se muestran como soñadores, impacientes y superprotegidas.

La emotividad es fundamental para el desarrollo de la personalidad, por cuanto pone de manifiesto los niveles de manejo de las emociones, así como también el sentido de sensibilidad social de los individuos.

TABLA 28
RESULTADOS EN LA ESCALA CREDIBILIDAD

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
0.00 %	93.33 %	6.66 %

En la tabla 28 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "credibilidad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, tienden a ser suspicaces, engreídos, desconfiados y difíciles de engañar.

TABLA 29
RESULTADOS EN LA ESCALA ACTITUD COGNITIVA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
20.00 %	80.00 %	0.00 %

En la tabla 29 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "actitud cognitiva" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, por lo que suelen ser mas prácticos, cuidadosos, convencionales y regulados por realidades externas.

TABLA 30
RESULTADOS EN LA ESCALA SUTILEZA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
20.00 %	73.33 %	6.66 %

En la tabla 30 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "sutileza" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo cual significa que en ocasiones son francas, naturales, sencillas, sentimentales y espontáneas, pero en otras son astutos, calculadores, mundanos y poco sentimentales.

TABLA 31
RESULTADOS EN LA ESCALA CONCIENCIA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
40.00 %	40.00 %	20.00 %

En la tabla 31 se observa que hay predominio en los puntajes bajos y medios en la escala "conciencia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio se caracterizan por ser apacibles, seguros de sí, flexibles y serenos.

La conciencia en este caso hace referencia al sentido de realidad de las personas y al hecho de considerar más lo que piensan que lo que el medio les exige.

TABLA 32
RESULTADOS EN LA ESCALA POSICIÓN SOCIAL

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
13.33 %	66.66 %	20.00 %

En la tabla 32 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "posición social" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo que indica que en ocasiones se caracterizan por ser personas conservadoras y respetuosas de las ideas establecidas, sin embargo, en otros casos se muestran como liberales, de ideas libres y de pensamiento abierto.

TABLA 33
RESULTADOS EN LA ESCALA CERTEZA INDIVIDUAL

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
13.33 %	40.00 %	46.66 %

En la tabla 33 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la escala "certeza individual" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio se caracterizan por ser autosuficientes, prefieren sus propias decisiones y están llenas de recursos.

TABLA 34
RESULTADOS EN LA ESCALA AUTOESTIMA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
13.33 %	53.33 %	33.33 %

En la tabla 34 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "autoestima" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo que significa que en ocasiones son controladas y socialmente adaptados, pero en otras se muestran como autoconflictivos, despreocupados y orientados por sus propias necesidades.

Una autoestima alta es vital para el desarrollo de la personalidad, ya que permite evidenciar el grado de autoconfianza en sí mismo, así como también describe el concepto que la persona tiene de sí misma, al igual que tanto se considera competente desde el punto de vista psicológico y social.

TABLA 35
RESULTADOS EN LA ESCALA TENSION

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
33.33 %	46.66 %	20.00 %

En la tabla 34 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala "tensión" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo que significa que en ocasiones son relajadas, tranquilos y no frustrados, mientras que en otras se muestran tensos, frustrados e intranquilos.

TABLA 36
RESULTADOS EN LA ESCALA ANSIEDAD

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
33.33 %	46.66 %	20.00 %

En la tabla 36 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala de según orden "ansiedad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que están satisfechas con la vida que llevan y son capaces de lograr las cosas que le parecen importantes.

Niveles de ansiedad promedio son importantes desde la concepción de la teoría de la personalidad, pues a partir de esto se pone en evidencia los niveles de control personal del individuo.

TABLA 37
RESULTADOS EN LA ESCALA INTROVERSION

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
20.00 %	53.33 %	26.66 %

En la tabla 36 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la escala de según orden "introversión" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, por lo que se caracterizan por ser desinhibidas, con tendencias a sobresalir socialmente y buenas para establecer y mantener contactos interpersonales.

TABLA 38
RESULTADOS EN LA ESCALA CONTROL SOCIAL

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
0.00 %	86.66 %	13.33 %

En la tabla 38 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la escala de según orden "control social" lo cual significa que en su gran mayoría

las personas de la muestra del estudio están en términos medios lo cual indica que en su mayoría estas personas se caracterizan por ser emprendedoras, decisivas y con personalidad animada.

TABLA 39
RESULTADOS EN LA ESCALA DEPENDENCIA

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
60.00 %	33.33 %	6.66 %

En la tabla 39 se observa que hay predominio en los puntajes bajos en la escala de según orden "dependencia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio son dependientes del grupo al que pertenecen y de personalidad pasiva.

TABLA 40
RESULTADOS EN LA ESCALA OBJETIVIDAD

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
13.33 %	66.66 %	20.00 %

En la tabla 40 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la ecuación derivada de los perfiles "objetividad" lo cual significa que en su gran

mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que en ocasiones son imparciales, pero en otras situaciones no lo son.

TABLA 41
RESULTADOS EN LA ESCALA CREATIVIDAD

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
13.33 %	86.66 %	0.00 %

En la tabla 41 se observa que hay predominio en los puntajes altos en la ecuación derivada de los perfiles "creatividad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo cual significa que son poco creativos e imaginativos y con poca imaginación.

TABLA 42
RESULTADOS EN LA ESCALA NEUROTICISMO

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
26.66 %	40.00 %	33.33 %

En la tabla 42 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la ecuación derivada de los perfiles "neuroticismo" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están depresivas, compulsivas, histéricas y fóbicas. Sin embargo, en muchos casos suelen ser lo contrario, es

decir, maniacas, controladas, adaptadas y sin temores significativos. Sin embargo, predomina el bajo neuroticismo.

TABLA 43
RESULTADOS EN LA ESCALA AISLAMIENTO

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
33.33 %	53.33 %	13.33 %

En la tabla 43 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la ecuación derivada de los perfiles "aislamiento" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que suelen ser aislados de la gente y gustan poco del contacto con las demás personas.

TABLA 44
RESULTADOS EN LA ESCALA LIDERAZGO

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
26.66 %	46.66 %	26.66 %

En la tabla 44 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la ecuación derivada de los perfiles "liderazgo" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en términos medios, es

decir, que en algunos casos muestran sus dotes de liderazgo, pero en otras no y mas bien suelen seguir al grupo y sus respectivas normas.

TABLA 45
RESULTADOS EN LA ESCALA PROPENSIÓN A LA ACCIDENTALIDAD

PUNTAJES BAJOS	PUNTAJES MEDIOS	PUNTAJES ALTOS
6.66 %	73.33 %	20.00 %

En la tabla 45 se observa que hay predominio en los puntajes medios en la ecuación derivada de los perfiles "propensión a la accidentalidad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que se caracterizan por ser cuidadosos y precavidos.



10. CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones del estudio, para lo cual se han tenido en cuenta los objetivos planteados en la investigación:

Teniendo en cuenta que el objetivo general del estudio era la descripción de un perfil de personalidad, se pudo determinar que los puntajes son altos en las siguientes subescalas del tests CAQ: hipocondriasis, depresión suicida, depresión baja energía, apatía-retirada, paranoia, esquizofrenia y desajuste psicológico; y los puntajes son medios en las subescalas: agitación, depresión ansiosa, desviación psicopática y psicastenia.

Más específicamente se pudo establecer que predominan los puntajes altos en la escala de "hipocondriasis" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están preocupados por la salud física, los desarreglos y las funciones corporales.

Hay predominio en los puntajes altos en la escala de "depresión suicida" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están disgustados con la vida, ésta les parece vacía y sin sentido. En ocasiones les ronda el pensamiento de que la muerte es el final.

Hay predominio en los puntajes medios en la escala de "agitación" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio no están muy agitados, lo cual pone en evidencia que en ocasiones estas personas evitan el peligro y las situaciones de aventura y tienen poca necesidad de excitación. Sin embargo, en otras ocasiones buscan la excitación, aceptan los riesgos, intentan nuevas cosas y son incansables.

Predominan los puntajes altos en la escala de "depresión ansiosa" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio presentan sueños perturbadores, están tensas y son fácilmente perturbables. En algunos pocos casos estas personas tienen calma en emergencias, confían en lo que les rodea y son sosegadas.

Predominan los puntajes medios con tendencia a puntajes altos en la escala de "depresión baja energía " lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio presentan sentimientos de intranquilidad, son muy preocupadas y les falta energía para afrontar las situaciones de la vida cotidiana.

Predominan los puntajes altos en la escala de "culpabilidad-resentimiento" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio tienen sentimientos de culpabilidad, son autocríticos y se acusan a si mismos cuando algo no les sale bien. En algunos pocos casos los puntajes fueron bajos lo que indica que algunas de estas personas no están perturbadas por sentimientos de culpabilidad y duermen sin dejar de hacer cosas importantes.

Hay predominio en los puntajes altos en la escala de "apatía-retirada" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio evitan los contactos interpersonales, no se hallan confortables con las demás. En algunos pocos casos los puntajes fueron bajos lo que indica que son personas relajadas, consideradas y amistosas con las demás personas.

Hay predominio en los puntajes altos en la escala de "paranoia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están hipervigilantes, creen que se les persigue, controla, espían o maltratan. Solo en uno de los casos hay una persona confiada y no afectada por los celos o la envidia.

Predominan los puntajes medios en la escala de "desviación psicopática" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio no presentan desviaciones significativas, es decir, son sensatas, evitan involucrarse en actos ilegales o transgredir las normas, aun cuando en muchos otros casos son complacientes ante la conducta antisocial propia o ajena o no le ofenden las críticas.

Predominan los puntajes altos en la escala de "esquizofrenia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están alejadas de la realidad y tienen impulsos repentinos e incontrolados.

Hay predominio en los puntajes medios en la escala de "psicastenia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están

molestos por ideas o pensamientos inoportunos, como tampoco presentan hábitos compulsivos. En algunos pocos casos se encontró que hay personas que tienen ideas repetitivas o insistentes, al igual que hábitos compulsivos.

Hay predominio en los puntajes altos en la escala de "desajuste psicológico" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio presentan desajustes emocionales, es decir, tienen pensamientos de inferioridad o inutilidad, son tímidas y pierden la cabeza fácilmente. Sin embargo, en algunos casos se encontraron personas que se consideran capaces, confiables y agradables como el resto de las personas.

Considerando que uno de los objetivos específicos era describir el perfil considerando los factores de segundo orden, se pudo determinar que predominan los puntajes medios en la escala "ansiedad", lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio no están ansiosas y otras son más bien ajustadas a la realidad.

Hay predominio en los puntajes altos en la escala de segundo orden "extraversión" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio son extravertidas y en muy pocos casos son introvertidas.

Hay predominio en los puntajes medios en la escala de segundo orden "independencia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio son independientes, es decir, realistas, autosuficientes, dominantes y suspicaces.

Predominan los puntajes altos en la escala de segundo orden "socialización controlada" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio tienen control sobre sí y en muy pocos casos no poseen dicho control.

Hay predominio en los puntajes medios con tendencias a puntajes altos en la escala de segundo orden "depresión" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio son depresivas y presentan desajuste general. Esto es confirmado con los resultados de la observación directa teniendo en cuenta las características de la población en su mayoría de género

femenino y no coincidiendo con la extroversión manifestándose con la extraversion evidente entre las personas de la muestra.

En cuanto a los resultados generales en cada una de las subescala del test 16 PF, que era otro de los objetivos del estudio, se pudo apreciar que los puntajes son promedios en la totalidad de los aspectos evaluados.

Sin embargo, hay predominio en los puntajes medios en la escala "expresividad emocional" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en un término medio. En algunos casos son personas que se caracterizan por ser abiertas, afectuosas, reposadas, participativos, bondadosas y emocionalmente expresivas. En muy pocos casos se caracterizaron por ser reservados, alejados, críticos, fríos, duros e inflexibles.

Los puntajes bajos predominan en la escala "inteligencia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio se caracterizan por tener una baja inteligencia, es decir, que tienen poca capacidad mental para el

estudio y son lentos para aprender y captar situaciones. En uno solo caso una persona presentó una alta capacidad intelectual.

Los puntajes medios predominan en la escala "fuerza del yo" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que en ocasiones son estables emocionalmente y en otras no, así como también a veces presentan poca tolerancia a la frustración y en otras afrontan la realidad con madurez.

Los puntajes medios predominan en la escala "dominancia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo cual significa que en algunos casos son sumisos, pero en otras dominantes e independientes.

Hay predominio en los puntajes medios en la escala "impulsividad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que en ocasiones son sobrios, prudentes y serios, y en otras descuidadas, animadas e impulsivas.

Predominan los puntajes medios en la escala "lealtad grupal" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo cual significa que en muchos casos son despreocupadas, evitan las normas y aceptan pocas obligaciones, mientras que en otras son escrupulosas, perseverantes y sujetas a las normas.

Los puntajes medios predominan en la escala "aptitud situacional" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo que significa que se caracterizan en ocasiones por ser cohibidas, tímidas y con falta de confianza en sí mismos, mientras que en otras se caracterizan por ser emprendedoras, atrevidas y espontáneas.

Hay predominio en los puntajes medios en la escala "emotividad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que se caracterizan en ocasiones por ser confiados en sí, prácticos y de dura sensibilidad, sin embargo, en otras se muestran como soñadores, impacientes y superprotegidas.

Predominan los puntajes medios en la escala "credibilidad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, tienden a ser suspicaces, engreídos, desconfiados y difíciles de engañar.

Hay predominio en los puntajes medios en la escala "actitud cognitiva" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, por lo que suelen ser mas prácticos, cuidadosos,, convencionales y regulados por realidades externas.

Hay predominio en los puntajes medios en la escala "sutileza" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo cual significa que en ocasiones son francas, naturales,, sencillas, sentimentales y espontáneas, pero en otras son astutos, calculadores,, mundanos y poco sentimentales.

Predominan los puntajes bajos y medios en la escala "conciencia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio se caracterizan por ser apacibles, seguros de sí, flexibles y serenos.

Hay predominio en los puntajes medios en la escala "posición social" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo cual significa que en ocasiones se caracterizan por ser personas conservadoras y respetuosas de las ideas establecidas, sin embargo, en otros casos se muestran como liberales, de ideas libres y de pensamiento abierto.

Hay predominio en los puntajes altos en la escala "certeza individual" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio se caracterizan por ser autosuficientes, prefieren sus propias decisiones y están llenas de recursos.

Hay predominio en los puntajes medios en la escala "autoestima" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo que significa que en ocasiones son controladas y socialmente adaptados, pero en otras se muestran como autoconflictivos, despreocupados y orientados por sus propias necesidades.

Predominan los puntajes medios en la escala "tensión" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, lo que significa que en ocasiones son relajadas, tranquilos y no frustrados, mientras que en otras se muestran tensos, frustrados e intranquilos.

Siendo uno de los objetivos específicos la descripción del perfil de personalidad a partir de las escalas de segundo orden, se pudo establecer a este respecto que hay predominio en los puntajes medios en la escala "ansiedad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que están satisfechas con la vida que llevan y son capaces de lograr las cosas que le parecen importantes.

Hay predominio en los puntajes altos en la escala de según orden "introversión" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, por lo que se caracterizan por ser desinhibidas, con tendencias a sobresalir socialmente y buenas para establecer y mantener contactos interpersonales.

Predominan los puntajes medios en la escala de según orden "control social" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en términos medios lo cual indica que en su mayoría estas personas se caracterizan por ser Emprendedoras, decisivas y con personalidad animada.

Hay predominio en los puntajes bajos en la escala de según orden "dependencia" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio son dependientes del grupo al que pertenecen y de personalidad pasiva.

Considerando que uno de los objetivos específicos apuntaba hacia la descripción del perfil de personalidad a partir de las ecuaciones derivadas de los perfiles del test 16 PF, se pudo determinar que: hay predominio en los puntajes medios en la subescala "objetividad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que en ocasiones son imparciales, pero en otras situaciones no lo son.

Hay predominio en los puntajes altos en la ecuación derivada de los perfiles "creatividad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la

muestra del estudio están en término medio, lo cual significa que son poco creativos e imaginativos y con poca imaginación.

Hay predominio en los puntajes medios en la ecuación derivada de los perfiles "neuroticismo" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están depresivas, compulsivas, histéricas y fóbicas. Sin embargo, en muchos casos suelen ser lo contrario, es decir, maniacas, controladas, adaptadas y sin temores significativos. Sin embargo, predomina el bajo neuroticismo.

Predominan los puntajes medios en la ecuación derivada de los perfiles "aislamiento" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que suelen ser aislados de la gente y gustan poco del contacto con las demás personas.

Hay predominio en los puntajes medios en la ecuación derivada de los perfiles "liderazgo" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en términos medios, es decir, que en algunos casos muestran

sus dotes de liderazgo, pero en otras no y mas bien suelen seguir al grupo y sus respectivas normas.

Hay predominio en los puntajes medios en la ecuación derivada de los perfiles "propensión a la accidentalidad" lo cual significa que en su gran mayoría las personas de la muestra del estudio están en término medio, es decir, que se caracterizan por ser cuidadosos y precavidos.

11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base en los resultados encontrados, y a partir de las experiencias vivenciadas encontradas en el contexto de interacción con las personas que conformaron la muestra del estudio, teniendo además en cuenta las problemáticas y dificultades encontradas a lo largo del estudio, y fundamentado en el marco teórico de referencia, las investigadoras plantean las siguientes recomendaciones:

Para la empresa promotora de salud de la ciudad de Barranquilla:

- Prestar un servicio mas humano, que esté diseñado para abarcar la salud mental de los pacientes que presenten esta problemática, que bien pudieran ser estudiantes en prácticas profesionales, del énfasis clínico para que realicen un trabajo que permita un seguimiento y acompañamiento a los pacientes en su proceso de recuperación. Esto

debido a que se pudo verificar que a esa población no se está prestando actualmente un servicio integral y su salud mental se deteriora progresivamente, sin que el servicio médico que realizan actualmente les ofrezca una solución.

- Prestando un servicio mas eficaz, se reducirán significativamente los gastos que por concepto de atención a este tipo de pacientes, incurren la identidad prestadora de salud. Se recomienda realizar un estudio comparativo de los gastos por servicios médicos prestados a estos pacientes para compararlo con el gasto por concepto de atención terapéutica adecuada.
- Implementar programas de capacitación dirigido al personal terapéutico que atiende en la consulta médica general a los pacientes "repitentes" con el propósito de instruir al personal en el adecuado manejo durante la consulta médica a la que asisten estos pacientes.

Para futuros investigadores:

- Se recomienda realizar investigaciones comparativas, donde pueda establecerse comparación entre variables tales como la personalidad y los problemas físicos, es decir, donde se conjugue lo psicológico con lo físico.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLO, Raimundo y MADARIAGA, Camilo. Estrategias de evaluación de programas sociales. Barranquilla: Uninorte, 1.987.

AMAR, José. Psicopatología. Barranquilla: Efemérides, 1.990

AYUSO, José. Manual de psiquiatría. México: Mc Graw Hill, 1995.

BATEGAY, Raymond. Diccionario de psiquiatría. España: Herder, 1989.

CATTELL, Raymond. Cuestionario factorial de personalidad. Madrid: Publicaciones de psicología aplicada, 1993.

DICAPRIO, Nicholas. Teorías de la personalidad. México: Mc Graw Hill, 1987.

MORRIS, Charles. Psicología: Un nuevo enfoque. México: Prentice Hall, 1987.

PAPALIA, Diane y WENDKLOS, SALLY. Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill, 1998.

SARASON, Irwing y SARASON, Bárbara. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. México: Prentice Hall, 1998.

VALLEJO, Julio. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Bogotá: Salvat, 1991.

ANEXO 1

CUADRO 3

ANÁLISIS ESTADÍSTICO SOBRE ASISTENCIA MÉDICA

SINTOMA: Manifestación física de un padecimiento de salud.	FRECUENCIA DE CONSULTA: Número de veces cuantificado en porcentajes.	USUARIOS ATENDIDOS- 30 pacientes diarios.
Dolores y debilidad muscular. Reumatismos	70%	19.9%
Dolor de cabeza o migraña.	80%	28.2%
Dolor abdominal - Colon irritable.	60%	8.7%
Trastornos Estomacales	40%	7.4%
Desvanecimiento	22%	15.9%
Cansancio, Nauseas y debilidad.	25%	12.6%

1. PERSONALIDAD
 2. PRUEBAS DE LA PERSONALIDAD
 3. PERSONALIDAD - TEORIAS
 4. FIJACION DE LA PERSONALIDAD
 5. ENFERMOS - PRUEBAS DE LA PERSONALIDAD.
- EMPRESA PROMOTORA DE SALUD - ENFERMOS - PRUEBAS DE LA PERSONALIDAD