



**UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**ESTILOS DE PERSONALIDAD EN PERSONAS CON SÍNDROME
DE INTESTINO IRRITABLE**

UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE POBLACIÓN CLÍNICA Y NO CLÍNICA
UTILIZANDO EL INVENTARIO MILLON DE ESTILOS DE PERSONALIDAD

**PAUL BETANCOURT ESCARPENTIER
RENZO LANFRANCO GUEVARA
DANILO MOGGIA NARVÁEZ
JORGE MUÑOZ RODRÍGUEZ**

**PROFESORA GUÍA:
LILIANA CONTRERAS ALARCÓN**

Seminario de Título presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para optar al grado académico de Licenciado en Psicología y al título profesional de Psicólogo.

Valparaíso, Diciembre de 2008

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES EMPÍRICOS	
MARCO TEÓRICO	
I. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y EL ESTUDIO DE LAS SOMATIZACIONES.....	
II. EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL CONTEXTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	
2.1 El Síndrome de Intestino Irritable.....	
2.1.1 Antecedentes Generales.....	
2.1.2 Definición del Síndrome de Intestino Irritable.....	
2.1.3 Criterios Diagnósticos del Síndrome de Intestino Irritable.....	
2.1.4 Epidemiología.....	
2.1.5 Problemas para la Clínica y los Servicios de Salud.....	
2.2 Factores Psicológicos Asociados al Síndrome de Intestino Irritable.....	
2.2.1 Calidad de Vida y Síndrome de Intestino Irritable.....	
2.2.2 Comorbilidad Psiquiátrica Asociada al Síndrome de Intestino Irritable.....	
III. TEORÍA INTEGRATIVA DE LA PERSONALIDAD DE MILLON Y SU INVENTARIO DE ESTILOS DE PERSONALIDAD.....	
3.1 Evolución de la Teoría y Conceptos Principales.....	
3.1.1 Teoría del Aprendizaje Biosocial.....	
3.1.2 Modelo Evolutivo.....	
3.2 Importancia de una Ciencia Comprensiva de la Personalidad.....	
3.3 Inventario Millon de Estilos de Personalidad.....	
3.3.1 Características Generales.....	
3.3.2 Construcción del Instrumento.....	

3.3.3 Descripción Conceptual.....

3.3.4 Confiabilidad y Validez.....

3.3.5 Interpretación.....

3.4 Relación entre el Inventario Millon de Estilos de la Personalidad y el Síndrome de Intestino Irritable.....

3.5 Relación entre MIPS y SII.....

DEFINICIONES OPERACIONALES

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

Pregunta de Investigación.....

Objetivos Generales.....

Objetivos Específicos.....

HIPÓTESIS

Hipótesis Generales.....

Hipótesis Específicas.....

MARCO METODOLÓGICO

I. DISEÑO METODOLÓGICO.....

II. MUESTRA.....

III. PROCEDIMIENTOS.....

IV. INSTRUMENTOS.....

4.1 Cuestionario Diagnóstico Roma III Módulo SII.....

4.2 Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS).....

4.3 Cuestionario de Datos Sociodemográficos Personales.....

V. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....

RESULTADOS

I. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....

II. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....

CONCLUSIONES

I. A PARTIR DE LOS DATOS DESCRIPTIVOS.....

II. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DESDE LA TEORÍA DE MILLON.....

2.1 De la Contrastación de Hipótesis.....

2.2 Integración de Resultados.....

2.3. Implicancias personológicas de los resultados en los grupos de estudio.....

III. DISCUSIÓN Y PROPUESTAS PARA TRABAJOS POSTERIORES.....

BIBLIOGRAFÍA

 85

ANEXOS

 86

RESUMEN

La presente investigación constituye un estudio descriptivo – comparativo que busca identificar posibles diferencias de estilos de personalidad entre personas que padecen Síndrome de Intestino Irritable (SII) y aquellas que no. Para esto se ha utilizado el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) y el Cuestionario Diagnóstico Roma III – Módulo SII. La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Se recolectó una muestra total de 283 personas de las cuales se excluyeron 75 personas por no cumplir con los requisitos de validez del MIPS o por probable manifestación de psicopatología, conformándose una muestra definitiva de 208 personas. De esta muestra definitiva, 127 personas cumplieron los criterios diagnósticos Roma III para SII (pasando a conformar el Grupo SII) y 81 personas no (pasando a conformar el Grupo Sano). El Grupo SII se dividió en dos subgrupos, aquel grupo de personas con SII que consulta al médico por la sintomatología del síndrome (Grupo Mórbido) y aquellos que reportan la sintomatología pero no consultan (Grupo Banalizador). Se encontraron diferencias significativas en los estilos de personalidad entre el Grupo SII y el Grupo Sano en cuanto a exhibir una mayor apertura a la experiencia y menor evitación pasiva del dolor en el Grupo Sano. Así mismo, el Grupo SII mostró una mayor preocupación por la satisfacción de las necesidades de los demás en desmedro de las necesidades propias. A nivel de rasgos, el Grupo SII exhibe características relativas a pasividad, timidez y ansiedad ante situaciones sociales, lo que es consecuente con resultados de investigaciones precedentes.

En cuanto a las comparaciones que se pueden hacer entre los grupos Mórbido, Banalizador y Sano, se identificaron rasgos de personalidad propios del grupo Banalizador, como lo son Intuición e Innovación. Se propone que estas características les permitirían a las personas que conforman este grupo, movilizar recursos personales y utilizar estrategias de afrontamiento más adaptativas que el Grupo Mórbido para manejar los síntomas asociados al SII y con esto no tener la necesidad de consultar al médico por dicha sintomatología. Estas características estarían asociadas al comportamiento ante el síndrome sin necesariamente ser características constitutivas de él.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enmarca dentro del ámbito de la Psicología de la Salud, disciplina que asume un modelo biopsicosocial de salud y busca incluir los factores psicológicos como explicación a la base de algunos síndromes médicos. En este caso, el objeto de estudio es el Síndrome de Intestino Irritable (SII) y los factores psicológicos asociados a este síndrome médico.

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) puede ser entendido como un trastorno gastrointestinal asociado a los intestinos, caracterizado por síntomas de dolor abdominal, asociado a una defecación perturbada y cuya causa no es explicada por alguna anomalía estructural o bioquímica conocida. Este síndrome mantiene una alta tasa de prevalencia, tanto a nivel nacional como internacional, alcanzando en EEUU, Europa y Asia una prevalencia entre el 10 y el 20% y de un 17% en la población hispana residente en EEUU. En Latinoamérica la prevalencia se aproxima a un 18% de la población. Estudios recientes indican que en Chile esta tasa de prevalencia es aún mayor, siendo más frecuente en mujeres, en una proporción 3:1; afecta en forma similar en los distintos niveles educacionales y se ha establecido que menos de la mitad de las personas afectadas (40% aproximadamente) consulta por estas molestias. (Oksenberg, 2007; Madrid, 2005).

Se han realizado diversos estudios en SII, los cuales han descrito factores físicos relacionados, tales como hipersensibilidad visceral, motilidad intestinal anormal, inflamación, etc. (Zolessi, 2007). Además, se han identificado factores psicológicos asociados tales como ansiedad, estrés, alteraciones de los patrones de sueño, entre otros (Levy, 2006; Herschbach, 1999). La presencia de estos factores intervinientes en la aparición y curso del SII ha sido un tema de recurrente investigación y existe cierto consenso en la evidencia clínica respecto a la influencia complementaria de factores psicológicos y/o psicopatológicos dentro de la etiología compleja del SII (Porcelli, 2004; Creed, 2003). A su vez, este hecho ha motivado una serie de investigaciones en el ámbito de rasgos y perfiles de personalidad de las personas que padecen de SII. Dentro de estas aproximaciones personológicas, los estudios realizados al respecto coinciden en otorgar a determinadas dimensiones de la personalidad, particularmente al neuroticismo, una mayor vinculación con la sintomatología del SII. (Heerlin, 1984).

Sobre lo mismo, llama la atención que esta vinculación de factores psicológicos al SII se manifiesta de forma diferente entre personas que consultan a los servicios de salud

por esta sintomatología y aquellos que no lo hacen. Aquel grupo de pacientes con SII que consulta al médico, tendería a presentar mayor elevación en las puntuaciones de neuroticismo, menor calidad de vida, síntomas de malestar psicológico como ansiedad y depresión, mayores niveles de estrés y mecanismos de afrontamiento poco adecuados en comparación con personas que no consultan. Estos factores influirían en la búsqueda de atención médica, el número de visitas que estos pacientes realizan al servicio de salud y en la respuesta de los mismos al tratamiento. Cabe destacar que las personas que padecen SII y no consultan presentarían la misma sintomatología física, propia del SII, que las personas que sí lo hacen (Pinto 2000; Rutter 2002; Crane 2004). En este sentido, podemos denominar a este grupo de personas como “banalizadoras”, pues tenderían a “normalizar” o “banalizar” estos síntomas sin necesidad de acudir al sistema sanitario en busca de ayuda. Es por esto que la presente investigación busca dar cuenta de los estilos de personalidad (según la terminología de Millon) que estarían asociados a la búsqueda de atención médica por este tipo de pacientes. Tomando en cuenta lo anterior, se considera que el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) es una herramienta comparativamente más novedosa que otros instrumentos personológicos previamente utilizados en investigaciones que vinculan personalidad y SII, ello debido a que este instrumento se deriva de un modelo integrativo de personalidad y que previamente no se han realizado investigaciones de personalidad y SII con este modelo. Sobre lo mismo, resulta interesante realizar una investigación que vincule personalidad al SII desde una perspectiva integrativa. En segundo lugar, la composición del test permite distinguir y analizar con una mayor precisión ciertas dimensiones de la personalidad explicadas por otros modelos de la personalidad, desde una perspectiva integrativa. Por último, el hecho de evaluar áreas como metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales, amplía el marco explicativo de la varianza conductual de las personas.

En este sentido resulta relevante, pues, explorar estilos personológicos en personas con SII, para así encontrar patrones psicológicos involucrados en la aparición o curso del síndrome, buscando una diferenciación con las personas que no presentan dicho síndrome. De esta forma, se busca describir estilos de personalidad asociados al SII mediante el MIPS.

ANTECEDENTES EMPÍRICOS

La personalidad corresponde en psicología a un constructo organizador de los datos, conceptos y procesos psicológicos que se dan en un individuo, de manera de otorgarnos una imagen unitaria de él. Constituye un conjunto de características psicológicas que nos permite describir y explicar el comportamiento de un individuo en particular, diferenciándolo de los demás como persona individual. Las características de la personalidad de un individuo aparecen como relativamente estables en el tiempo, por lo que estas características se evidencian como permanentes y al mismo tiempo específicas para el individuo en diversas situaciones contextuales. La personalidad es un constructo que nos permite explicar el comportamiento de un individuo a través del propio individuo, de esta forma, su personalidad emerge de las interacciones de sus procesos psicológicos particulares y su medio ambiente, constituyendo un patrón de funcionamiento adaptativo en medios diversos (Zumalabe, 1993; Pelechano, 1996; Millon, 1998). Diferentes teóricos de la personalidad han elaborado cuestionarios que buscan medir la presencia de determinadas características psicológicas en los individuos. Los resultados de estos cuestionarios, por lo general, nos entregan un perfil de personalidad, es decir, el conjunto de características observadas en el individuo por medio de ese cuestionario. La interpretación de este perfil permite describir, explicar y predecir el comportamiento del individuo frente a determinadas circunstancias.

En la actualidad, en el campo de la psicología de la salud y la medicina interna, se ha puesto particular atención en el estudio de las variables psicológicas de los pacientes que acuden a los servicios de salud, debido a que las características psicológicas de estos pacientes influyen en cómo se comportan ante el servicio y el personal sanitario (Svrakic, Coninger, 2000). En este sentido, las características de personalidad de los sujetos que padecen trastornos funcionales digestivos (TFD) y consultan a los servicios de salud, parecen diferir de aquellos que poseen los mismos trastornos pero no consultan (Herschbach, 1999).

Algunos estudios han intentado dar cuenta de las características de personalidad que estarían a la base de personas que padecen de SII. En términos generales, los pacientes con TFD al compararlos con personas sanas, aparecen como más ansiosos, depresivos, neuróticos e hipocondríacos. (Herschbach, 1999). Con respecto al SII, los datos obtenidos de estudios de la personalidad en este tipo de pacientes son poco concluyentes, lo que hace dudar de sus resultados. Por lo mismo, se hace relevante

contar con mayor número de estudios de mayor precisión (Olden, 2006). Hecha esta salvedad, a continuación se expondrán los resultados más significativos recabados por este tipo de estudios.

Un estudio iraní (Seyed M. et al. 2007) realizado con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota II (MMPI-2), al comparar pacientes con SII y un grupo control constituido por personas sanas, obtuvo que los pacientes con SII puntuaron más alto en la escala de hipocondriasis (Hs), seguida de las escalas de psicastenia (Pt), depresión (D), histeria (Hy), introversión social (Si) y desviación psicopática (Pd). La elevación de estas escalas en el grupo de estudio, indica ansiedad, sintomatología relacionada a depresión, preocupación por salud física, rasgos obsesivo-compulsivos, baja autoestima, uso de mecanismos de defensa histéricos, tendencia al aislamiento, cierta insatisfacción con la vida, dificultades en el plano familiar y sexual y problemas con la autoridad.

Otro estudio (Alireza et al. 2007), realizado también en Irán, buscó identificar perfiles de personalidad asociados a los subtipos de SII: con predominio de constipación (SII-C), con predominio de diarrea (SII-D) y de predominio mixto (SII-M). Se utilizó el Neo-Five Factory Inventory (NEO-FFI), basado en el Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae, aplicándolo a un grupo de pacientes con SII (sin trastornos psiquiátricos) para comparar estos resultados con los datos normativos de la población general de Irán. Los pacientes con SII mostraron altos niveles de neuroticismo y responsabilidad (o autoconciencia), y bajos niveles de apertura a la experiencia. Las mujeres, en comparación con los hombres, puntuaron más alto en los factores de neuroticismo, responsabilidad y extroversión. En síntesis, las diferencias encontradas por este estudio en los rasgos de neuroticismo, extroversión y responsabilidad (sobre todo en mujeres), es consistente con los resultados de otros estudios que han revelado altos niveles de neuroticismo y agresión en pacientes con TFD, donde los rasgos de personalidad al parecer influirían en la percepción de dolor (Tanum, 2001). El neuroticismo corresponde a un rasgo de personalidad caracterizado por una exagerada reactividad a los cambios fisiológicos. De acuerdo a Costa y McCrae, las personas con altas puntuaciones en neuroticismo son afectivamente inestables frente a un desborde de emociones negativas. Eysenck postuló que las personas que puntúan alto en neuroticismo tienen una mayor reactividad del sistema nervioso simpático y son más sensibles a la estimulación ambiental. Todo esto sumado a una puntuación alta en responsabilidad, nos encontramos con personas que tienen dificultades en el trato con los otros, son más sensibles al ridículo y tienden a sentirse inferiores (Alireza et al. 2007).

Tosic-Golubovic et al. (2004) compararon un grupo de pacientes serbios con SII con un grupo control de personas sanas del mismo país mediante MMPI, Escala de Depresión y Ansiedad de Hamilton (HAM-D y HAM-A), y Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ). Los resultados de esta investigación indicaron que los pacientes con SII obtuvieron puntuaciones significativamente elevadas en ambas Escalas de Hamilton al compararlos con el grupo control. En relación al EPQ, los pacientes con SII obtuvieron altas puntuaciones en la dimensión neuroticismo. Resultados similares se observaron con el MMPI, pues los pacientes con SII presentaron elevaciones en la triada neurótica. Pacientes con estas características presentan baja autoestima, estilos de afrontamiento poco adecuados, reportan dolor y otras quejas somáticas cuando están sometidos a condiciones de estrés, tienden a minimizar sus preocupaciones afectivas y muestran preocupación por salud buscando atención médica (Gick, 1997). Este estudio sugiere que los pacientes que sufren de SII y que buscan atención médica, presentan rasgos neuróticos de personalidad asociados a síntomas depresivos y ansiosos. Estas características psicológicas podrían modular la forma en que los pacientes con SII perciben y manejan condiciones de estrés, volviéndose buscadores de atención médica como forma de afrontarlo (Tosic-Golubovic et al. 2004).

Un estudio italiano de Zoccali et al. (2006) evaluó la diferencia de las formas de expresión de ira y mecanismos de defensas entre pacientes no psiquiátricos con SII y población sana. Para esto se utilizó el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI) de Spielberg (1994) y el Inventario de Mecanismos de Defensa (DMI) de Ihlévich (1994), respectivamente. La investigación no demostró diferencias significativas en los perfiles de expresión de ira y mecanismos de defensa entre ambos grupos de pacientes. Los autores de este estudio concluyen que se podría hipotetizar que las características estables de personalidad, tales como la disposición a expresar ira y los mecanismos de defensa, jugarían un rol marginal en el SII. Sin embargo, las influencias psicológicas y psicosociales actuarían como factores predisponentes y precipitantes de la expresión del SII.

Un estudio realizado en Singapur (Fock et al. 2001) comparó, mediante el EPQ y una entrevista psiquiátrica, a un grupo de pacientes con SII con un grupo de pacientes con trastornos intestinales de etiología orgánica. Las mujeres con SII obtuvieron una mayor puntuación en la dimensión neuroticismo y una menor puntuación en discapacidad social en comparación con el grupo de pacientes con etiología orgánica a la base. Por

otro lado, los resultados de los hombres con SII en el EPQ fueron similares a los del grupo de pacientes orgánicos.

Talley et al. (1998) realizaron una investigación con una muestra representativa de la población australiana con el fin de determinar una posible relación entre SII, experiencias de abuso (físico, sexual, verbal y psicológico) y rasgos de personalidad. Para esto utilizaron el Cuestionario de Salud General (GHQ) de Goldberg (1972), el EPQ y el Cuestionario de Abuso de Drossman et al. (1990, 1995) modificado. Se concluye que el SII estaría asociado a altos niveles de neuroticismo y a morbilidad psiquiátrica, como a experiencias de abuso sexual y psicológico. No existe asociación significativa entre abuso en la infancia y SII. El neuroticismo, como característica de la personalidad determinada genéticamente (Floderus-Myrhed, 1980), predispondría a desarrollar síntomas del SII en algunos sujetos. Por otra parte, las experiencias de abuso aparecen como un cofactor, que junto a la genética, facilitarían la expresión de neuroticismo. Los hallazgos de este estudio son coherentes con los hallazgos de otros estudios (Gwee, 1996) en donde población general con SII obtiene altas puntuaciones en neuroticismo. Todo esto permite suponer que ciertos factores psicológicos predisponen la expresión del SII (Talley et al. 1998).

Los estudios anteriormente expuestos permiten concluir que, al parecer, los pacientes con SII presentarían altos niveles de neuroticismo tanto en los modelos de Eysenck como el de Cinco Factores de Costa y McCrae. Estos hallazgos son consistentes con los estudios realizados con MMPI y MMPI-2 en los que se halla una elevación en la tríada neurótica (escalas de hipocondriasis, depresión e histeria). Los pacientes con SII presentarían baja tolerancia al estrés, baja tolerancia a la frustración, mayor número de quejas somáticas, ansiedad, hostilidad, síntomas depresivos y ansiedad social (Bausela, 2005; Hermosilla, 1987). Cabe señalar que la mayoría de estos estudios además de considerar la evaluación de dimensiones personológicas, han considerado la evaluación de sintomatología psicopatológica mediante pruebas de tamizaje (como las HAM-D y HAM-A) y cuestionarios de salud general. Los hallazgos revelan que los pacientes con SII tienden a presentar sintomatología depresiva y ansiosa. El problema está en determinar cuándo esta sintomatología configuraría un trastorno psiquiátrico, alejándose del terreno de la personalidad. En este sentido, algunos de los estudios citados han incorporado la evaluación psiquiátrica de los pacientes por medio de una entrevista, con la finalidad de descartar trastornos que se configuren a partir de los criterios del DSM-IV. Estos estudios hablan de pacientes no psiquiátricos. Por otra parte, la mayoría de las investigaciones

anteriores no han realizado esta exclusión por lo que es probable que las características de personalidad halladas en estos pacientes estén “contaminadas” en mayor o menor medida con características de trastornos mentales. En esta misma línea, investigaciones que han comparado personas con SII (no consultantes) con pacientes con SII (consultantes), han encontrado que los pacientes muestran mayor morbilidad psiquiátrica asociada a sintomatología depresiva y ansiosa. Al parecer, estos factores asociados además a características psicológicas como preocupación por salud, preocupación por eventos vitales estresantes, estilos de afrontamiento relativos a pasividad y baja tolerancia a la frustración, variables de calidad de vida relativas a salud como percepción de incapacidad de los síntomas, conduce a que este tipo de pacientes busque atención médica (Herschbach, 1999; Pinto 2000; Rutter 2002; Crane 2004).

MARCO TEÓRICO

I. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y EL ESTUDIO DE LAS SOMATIZACIONES

La tradición indica que medicina y psicología han transitado por caminos paralelos. Por una parte existen los trastornos netamente psicológicos y por otra los trastornos de naturaleza orgánica, terreno reservado a los médicos. Este concepto comienza a cambiar a principios del siglo XX, con el auge de la llamada “medicina psicosomática”, que otorgaba importancia a los factores psicológicos involucrados en el origen y curso de ciertas afecciones médicas. (Castro Solano, 2004).

La tradición psicosomática tiene como uno de sus primeros referentes a los trabajos en histeria conversiva desarrollados por Sigmund Freud. Según Freud, conflictos inconscientes específicos podían producir padecimientos físicos específicos en función del conflicto psicológico reprimido. Siguiendo con el continuo en el estudio de las somatizaciones, Franz Alexander (1950) logró definir los siete tipos de Trastornos Psicosomáticos Clásicos¹. El autor sostenía el origen psicológico de estos trastornos, cuyo mantenimiento y curso también se verían influidos por factores psicológicos.

El camino integrativo sigue desarrollándose y ello se ve reflejado en los sistemas internacionales de clasificación diagnóstica. El DSM II (1968), a modo de ejemplo, incluía una serie de trastornos psicofisiológicos, que eran los comúnmente llamados trastornos psicósomáticos. Se utilizaban criterios similares a los de Alexander, incluyendo trastornos que tenían sintomatología física, donde tanto las causas como el mantenimiento de los mismos se atribuían a elementos emocionales.

Actualmente existe bastante consenso en una concepción holística e integrada de la enfermedad médica. Estos trastornos están originados por múltiples causas, tanto biológicas como psicológicas y por influencias del medio ambiente en el que se desenvuelve la persona afectada.

Los caminos paralelos de un principio finalmente tienden a confluir. La vertiente integrativa entre factores psicológicos y enfermedades médicas ha seguido desarrollándose con el transcurso de los años, hasta llegar a constituirse como un área definida dentro del quehacer psicológico y que ha sido denominada como Psicología de la

¹ Asma bronquial, Úlcera gastrointestinal, Colitis ulcerosa, Hipertensión arterial, Artritis reumatoidea, Neurodermatitis, Hipertiroidismo.

Salud. Ésta puede ser definida como “un área de la psicología dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de las personas, por qué se enferman y cómo responden cuando se enferman” (Taylor, 2007).

La psicología de la salud considera un gran abanico de variables a la hora de estudiar los factores psicológicos que podrían influir en enfermedades médicas. El supuesto de que tanto la mente como el cuerpo, en forma conjunta, determinan la salud y enfermedad implica un modelo de entendimiento que considera distintos tipos de variables. Este modelo recibe el nombre de Modelo Biopsicosocial, pues asume la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales para explicar la etiología de algunas enfermedades (Engel, 1977, 1980; Schwartz, 1982).

Este modelo Biopsicosocial, aplicado al campo de los trastornos funcionales, determina que la psicología de la salud tratará de investigar los factores psicológicos involucrados en la manifestación de la sintomatología psicósomática. En la actualidad, el concepto “Trastornos Funcionales”, refiere a aquellos trastornos somáticos asociados o eventualmente provocados por factores psicológicos pero que no se presentan lesión orgánica demostrable. Aunque esta conceptualización se encuentra ubicada dentro del amplio marco de los trastornos psicósomáticos, se diferencia del concepto tradicional de “enfermedades psicósomáticas” en razón de que en las segundas se presenta una lesión orgánica demostrable. Esta distinción permite una mayor precisión en la agrupación y diagnóstico de cuadros con sintomatología asociada, una mejor aproximación a las características de los diferentes grupos de pacientes y la elección de tratamientos más adecuados (Lolas, 1986, citado en De la Cerda, De la Maza, 1997).

Los trastornos funcionales digestivos son trastornos funcionales con síntomas atribuibles principalmente al tracto gastrointestinal medio y bajo. Se incluyen: trastorno de intestino irritable, inflamación funcional, constipación funcional, diarrea funcional y trastornos digestivos inespecíficos (Longstreth et al, 2006).

Para separar estas condiciones crónicas de síntomas viscerales transitorios, deben haber ocurrido por primera vez más o menos seis meses antes de la consulta del paciente, y la presencia de los síntomas debe ser de más o menos tres días al mes durante los últimos tres meses. Los criterios diagnósticos previos presumían la ausencia de una base estructural o bioquímica del trastorno, sin embargo, las investigaciones científicas parecieran confirmar que los trastornos viscerales funcionales son manifestaciones con múltiples etiologías (Longstreth, 2006).

Un factor común entre los distintos trastornos digestivos funcionales es el hecho de que éstos pueden ser identificados únicamente por sus síntomas; de hecho la clasificación presentada anteriormente corresponde a la manifestación nosológica basada en el diagnóstico clínico, medicina basada en la evidencia e investigación científica. Al respecto cabe destacar los importantes trabajos de la fundación Roma (fundación internacional dedicada al estudio de los trastornos funcionales digestivos), que desde 1989, han desarrollado útiles criterios diagnósticos y recomendación de manejo respecto a los trastornos digestivos funcionales, especialmente para el SII (Longstreth, 2006).

II. EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL CONTEXTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2.1.1 Antecedentes Generales

Las molestias digestivas funcionales fueron descritas por primera vez en el siglo XIX por Powell, en 1818, quien utilizó términos como “alteración del poder de la digestión” y “dolor abdominal”. Con el pasar de los años y la aparición de diversos estudios aparecieron las distinciones funcionales, las cuales fueron evolucionando en función de la evidencia clínica: Colon Irritable (Jordan y Kiefer, 1929), Síndrome de Colon Irritable (Chaudhary & Truelove, 1962) y Síndrome de Intestino Irritable (DeLor, 1966). A pesar de la algo vaga definición de estas molestias, ya desde 1959 aparecen propuestas de tratamiento (Zolezzi, 2007).

2.1.2 Definición del Síndrome de Intestino Irritable

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno que afecta el tracto gastrointestinal inferior. Los síntomas típicos que lo caracterizan son dolor abdominal, incomodidad y/o hinchazón, y/o actividad alterada del colon, la cual no puede ser explicada por anomalías estructurales. Puede haber síntomas adicionales como flatulencia excesiva, urgencia de la defecación, y la persistente sensación de evacuación intestinal incompleta. El SII puede, además, ser categorizado acorde a si el trastorno es acompañado de diarrea (SII-D), constipación (SII-C) o alternación entre ambas (SII-M). Sin embargo, recientemente se ha propuesto que una clasificación únicamente basada en la consistencia de las heces es menos confusa y podría ser más útil (Spinelli, 2007).

2.1.3 Criterios Diagnósticos del Síndrome de Intestino Irritable

En la segunda mitad del siglo XX surgen diversos proyectos en busca de la ordenación de las enfermedades funcionales. Cabe destacar de forma especial los criterios diagnósticos de Manning (1978), que representan los primeros acuerdos consensuados para el diagnóstico del Síndrome de Intestino Irritable (Díaz-Rubio, 2004). Estos criterios consistían, en una primera versión, en la presencia de tres o más de los siguientes síntomas: a) Dolor abdominal que se alivia con la defecación; b) Heces blandas asociadas a la aparición del dolor; c) Aumento del número de deposiciones asociado a la aparición del dolor; d) Distensión abdominal; e) Pérdida de moco en las heces; y/o f) Sensación de evacuación incompleta.

Posteriormente, con la aparición de la revista *Gastroenterology Internacional*, editada en Roma, Italia, bajo la dirección de Sydney Phillips, se comienzan a publicar artículos de orden educacional respecto a los temas digestivos con la modalidad de talleres de trabajo entre expertos internacionales del tema (Zolezzi, 2007). Desde 1989 empieza la publicación de los criterios de Roma I para SII, y en el año 1994 se presentó el texto final de los criterios de Roma para los trastornos funcionales digestivos. Son diversas las publicaciones de criterios diagnósticos de la fundación Roma. A modo de síntesis, cada una de los tres compendios de criterios se ha destacado con lo siguiente: En la primera presentación (Roma I, 1992) se divide la patología digestiva en seis grandes secciones, las cuales, al ser revisadas de forma individual, permiten identificar 25 entidades clínicas. Uno de los grandes problemas que suscitó la primera versión de los criterios Roma fue la falta de una definición diagnóstica estricta para lograr un diagnóstico positivo. De hecho se observaba que los mismos especialistas consideraban excesivamente complejos dichos criterios, por lo que generalmente no los usaban. (Zolezzi, 2007). Roma II (1998) se encargó de clarificar dicho panorama y además presentó como novedad la inclusión de desórdenes funcionales digestivos en pediatría. Lamentablemente dicha publicación se limitó principalmente a los estudios de evaluación terapéutica y nunca llegó al ámbito médico práctico. Roma III (2006) corrige dicho error, formulando nuevas distinciones a nivel de la patología pediátrica, diferenciando entre neonatos y lactantes, y niños y adolescentes (Zolezzi, 2007). La tabla 1 en la sección Anexos muestra una comparación entre los criterios diagnósticos anteriormente expuestos.

Los criterios diagnósticos Roma III del SII son:

Dolor abdominal o molestias recurrentes por al menos 3 días por mes durante los últimos 3 meses, asociado con dos o más de los siguientes síntomas:

- 1.- Mejoría con la defecación
- 2.- Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las heces
- 3.- Inicio asociado con un cambio en la forma (apariencia) de las heces

Estos Criterios que se cumplan en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

De lo anterior se desprende que la asociación de dolor y desorden en las deposiciones son básicas para el diagnóstico. Una de las dificultades en el diagnóstico de SII consiste en la posibilidad de coexistencia entre SII y patologías orgánicas, y a la vez puede haber similitud de síntomas, por lo que ante la sospecha de organicidad debe efectuarse la investigación correspondiente (Madrid, 2002).

2.1.4 Epidemiología

Los estudios indican que en el mundo entre el 10% y el 20% de los adultos y adolescentes presentan síntomas relacionados con el SII (Longstreth et al, 2006). También es la causa más frecuente de consulta ambulatoria y constituye el 50% de las consultas gastroenterológicas, con mayor preponderancia en mujeres mayores de 30 años (Madrid, 2002). Cabe destacar que alrededor del 70% de personas que presentan los síntomas del SII no consultan al médico por esta sintomatología (Mitchell CM, Drossman DA, 1997).

Otros estudios revelan una prevalencia de un 30% para el continente africano, entre 10% y 20% para los Estados Unidos, 13% para Canadá, 23% para Asia, 25% para Japón, 12% para Australia y 18% para América del Sur (Camillieri et al, 2007; Muller-Lisner et al, 2001). En la clínica médica, los pacientes con SII significan el 4% de todas las visitas a atención primaria, y el 50% de todas las visitas a gastroenterólogos en los Estados Unidos (Camillieri et al, 2997; Muller-Lisner et al, 2001).

Respecto al SII en Chile, se reporta una prevalencia mayor a la media de Latinoamérica, consistente en 26,2% de la población. Sin observarse diferencias de

prevalencia según nivel educacional ni lugar de residencia (Madrid et al, 2005). Este estudio fue realizado en Santiago de Chile, y, además de lo expuesto, también se observó una prevalencia mayor en mujeres, cumpliendo éstas la proporción de 3:1 entre mujeres y hombres. También cabe destacar que menos de la mitad de los pacientes con SII consulta por estas molestias (Madrid et al, 2005).

2.1.5 Problemas para la Clínica y los Servicios de Salud

Dadas las características clínicas, etiopatogénicas y epidemiológicas del SII, éste constituye un síndrome de difícil manejo para la clínica. En EE.UU. alrededor de 3.500.000 pacientes al año visitan al médico por síntomas asociados al SII. De estos pacientes 2.200.000 reciben prescripción farmacológica y 35.000 son internados en hospitales (Locke R. 2003). Varios estudios señalan que este síndrome implica un costo enorme de tiempo en cuanto a dedicación del equipo de salud en la atención de estos pacientes. Los costos económicos en EE.UU. se estiman entre 1.6 billones a 19.2 billones de dólares anuales (Camilleri M. 2002).

Por otra parte, muchas veces la sintomatología del SII se manifiesta de forma difusa en la clínica y su asociación a síntomas psicológicos hace que el SII sea difícil de reconocer por médicos generales. Estudios internacionales estiman que la prevalencia del diagnóstico de SII por médicos generales es de alrededor del 12% y por médicos gastroenterólogos es de alrededor del 22% (Mitchell, Drossman, 1997).

Es sabido que alrededor de un 75% de los pacientes que presentan sintomatología asociada al SII no consulta especialistas (Drossman, 2006). A partir de esto es válido preguntarse qué factores psicológicos pueden estar implicados en que una persona con síntomas de SII acuda a consultar.

Es por estas razones que se hace relevante estudiar los factores psicológicos asociados al SII, de manera que estos puedan ser reconocidos y abordados en la clínica, tratando de darles un mejor manejo a los pacientes que consultan y no responden a los tratamientos, permitiendo el ahorro de tiempo y dinero de los servicios sanitarios.

2.2 Factores Psicológicos Asociados al Síndrome de Intestino Irritable

La eventual influencia de factores psicológicos en la aparición y mantención de los trastornos digestivos funcionales, particularmente en el Síndrome de Intestino Irritable, ha sido un tema recurrente dentro de los estudios sobre el tema. Si bien no es posible encontrar un consenso definitivo ni una opinión concluyente a este respecto, las líneas de investigación han apuntado a esclarecer la sintomatología específica y distintiva del SII en miras a un diagnóstico diferencial certero. Se señala al respecto que el conocimiento de los factores psicológicos y psicosociales de los trastornos digestivos funcionales es fundamental y crítico para su comprensión cabal y el desarrollo de un tratamiento efectivo (Levy y otros 2006).

Bajo el prisma integrativo característico del paradigma de la psicología de la salud, el SII puede ser concebido como un trastorno biopsicosocial resultante de la interacción de múltiples sistemas tales como factores genéticos, el sistema nervioso central (SNC), motilidad intestinal alterada, sensibilidad aumentada del intestino y, por cierto, factores psicológicos. En tal escenario de interacción de factores, los eventos no ocurren separada e independientemente. Se señala que los estresores psicosociales pueden modular la respuesta inmune del tracto gastrointestinal hacia agentes infecciosos y, por otro lado, los estresores psicológicos dirigidos al tracto gastrointestinal pueden modular la respuesta del SNC (Porcelli, 2004). En esta misma línea de argumentación, se determinó que el tracto gastrointestinal responde a factores fisiológicos y ambientales, pero también interactúa directamente con el cerebro, generando una interacción de “dos vías” a lo largo del denominado “eje cerebro – tracto gastrointestinal” (Levy y otros, 2006).

Desde el punto de vista de la evidencia clínica de la relación entre los factores psicológicos y respuestas gastrointestinales, se ha demostrado que situaciones de estrés agudo, tales como un examen o una entrevista, pueden producir un aumento en la frecuencia intestinal, náuseas, vómitos o inapetencia. Estos síntomas sugieren que ciertos eventos estresantes agudos pueden afectar el tracto gastrointestinal, posiblemente con la existencia de patrones sintomáticos determinados por la susceptibilidad individual (Gwee, 1996). De manera específica se ha mostrado que la ira aguda aumenta el índice de motilidad intestinal del colon y que el estrés agudo puede promover anomalías de la motilidad del intestino delgado en pacientes con SII, de manera diferente a la respuesta en sujetos en grupo control. Diversos estudios han mostrado que los pacientes con SII

tuvieron un aumento significativo en los puntajes de estrés inmediatamente antes de presentarse con SII, comparado con individuos sanos (Farthing, 1995).

Algunos autores señalan, respecto al efecto de las emociones en la motilidad colónica, que ésta puede aumentar o disminuir durante el curso de entrevistas con carga emocional para el paciente, según originen sentimientos agresivos o depresivos, respectivamente. Tales modificaciones motoras del colon son cuantitativamente más marcadas en pacientes con SII que en los sujetos sanos, lo cual aporta a la evidencia del rol del estrés emocional en la patogenia de este síndrome. También ha podido observarse que en los sujetos sanos, la reactividad del colon se pierde ante la reactividad del estímulo estresante, lo que muestra que estos sujetos son capaces de adaptarse al estrés (Moreno-Osset y otros, 2005). Esto implica que quedaría por determinar si en los pacientes con SII esta capacidad se pierde.

2.2.1 Calidad de Vida y Síndrome de Intestino Irritable

La noción de calidad de vida es un concepto que se ha vuelto relevante en las ciencias sociales desde la década de los 70. El término calidad de vida comienza a definirse como un concepto integrador que busca dar cuenta del bienestar humano en términos generales, comprendiendo todas las áreas de la vida (carácter multidimensional), haciendo referencia tanto a condiciones objetivas (calidad de las condiciones de vida de una persona) como a componentes subjetivos (satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales). Desde una perspectiva cuantitativa, se ha buscado operacionalizar el término calidad de vida, intentando medirlo a través de diversos indicadores: sociales, económicos, de salud, psicológicos y ecológicos. En este sentido se han diseñado diversos cuestionarios que buscan medir la calidad de vida de una persona (Gómez-Vela, Sabeh).

El término calidad de vida relacionado a salud se emplea como un modo de referirse a: “la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social” (Gómez-Vela, Sabeh).

Desde esta perspectiva, diversos estudios han intentado dar cuenta del impacto que el SII tiene para la calidad de vida de pacientes que lo padecen (Fernández y Álvarez, 2003; Lackner et al. 2006; Levy et al. 2006; Lee et al. 2008). En términos generales,

pacientes que padecen de trastornos funcionales digestivos muestran menores puntuaciones en mediciones de calidad de vida relacionada a salud. Los factores psicológicos tendrían un impacto negativo sobre estas mediciones, impacto que podría ser reversible con un adecuado tratamiento de estos factores psicológicos (Levy et al. 2006).

Pacientes con trastornos funcionales digestivos que frecuentemente consultan a sus médicos reportan mayor cantidad de síntomas afectivos, mayor preocupación por su salud, salud física más deteriorada y mayor número de trastornos conductuales. Se ha informado que el SII tiene un impacto general sobre la calidad de vida de las personas que lo padecen, afectándolos en sus ámbitos social, laboral, sexual, doméstico, de ocio, etc. Estas alteraciones han sido observadas en pacientes de diversas culturas, siendo el dolor abdominal uno de los factores que tendría mayor impacto en la disminución de su calidad de vida. La severidad de los síntomas y los factores psicosociales asociados al SII actuarían como predictores de la calidad de vida de estos pacientes (Fernández y Álvarez, 2003).

Investigaciones en el Reino Unido han demostrado que pacientes diagnosticados con SII en atención primaria y secundaria tienen niveles de calidad de vida más bajos al compararlos con grupos control. Estos pacientes presentarían mayor ausentismo laboral y utilizarían en mayor medida los servicios de salud. Estas investigaciones han concluido que la calidad de vida presenta una correlación inversa con la severidad de los síntomas y con malestar psicológico presentado por pacientes con SII refractarios a los tratamientos convencionales. La severidad de los síntomas del SII en conjunto con los síntomas psicológicos asociados (como ansiedad, angustia y depresión) hacen una contribución importante a la disminución de la calidad de vida en pacientes de atención primaria. Los efectos de estos dos componentes sobre la calidad de vida son aditivos, por un lado la severidad de los síntomas del SII afecta las puntuaciones de los cuestionarios de calidad de vida que tienen que ver con salud y actividad física, y por otro, los síntomas psicológicos asociados afectan las puntuaciones relacionadas a salud mental y factores psicológicos de estos mismos cuestionarios. Estos últimos factores jugarían un rol principal en cuanto a influenciar el número de visitas que realiza un paciente con SII al servicio de atención primaria, sumando a esto la cronicidad de los síntomas y otros factores relacionados a la calidad de vida como el desempleo (Lee et al. 2008).

Algunos estudios realizados en EE.UU. han demostrado que los pacientes con SII describen su calidad de vida relativa a salud como similar o peor a pacientes con

enfermedades graves como reflujo gastroesofágico, asma y patología renal crónica en estado terminal (Lackner et al. 2006).

Una Investigación española concluye que la identificación, por parte del paciente, de los factores gatillantes de los síntomas del SII, implica una percepción más positiva de su estado de salud. Asimismo, pacientes que presentan mayor ansiedad perciben el SII como menos incapacitante. Por otra parte, pacientes que consideran el SII como más incapacitante obtienen menor puntuación en los cuestionarios de calidad de vida que aquellos pacientes que lo califican como algo incómodo o poco importante. Los síntomas depresivos aparecen asociados a limitaciones diarias del SII relacionadas a heces duras, hinchazón y fatiga. Estas limitaciones son las que presentan mayor correlación con una calidad de vida disminuida (Fernández y Álvarez, 2003).

En Chile no se han encontrado estudios de calidad de vida en pacientes con trastornos funcionales digestivos ni con SII hasta la fecha.

En síntesis, los pacientes que presentan SII tienden a presentar menor puntuación en cuestionarios de calidad de vida con respecto a personas que no lo presentan. Estas puntuaciones se explican por el deterioro que causarían los síntomas físicos propios del SII y los factores psicológicos asociados (depresión, angustia, ansiedad, estrés, preocupación por la salud, percepción de incapacidad). Éstos últimos incidirían en el número de veces que un paciente con SII visita al médico.

2.2.2 Comorbilidad Psiquiátrica Asociada al Síndrome de Intestino Irritable

Hasta este momento hemos hecho referencia a factores psicológicos intervinientes en el SII que pueden ser considerados dentro de la esfera de la normalidad en lo que a salud mental se refiere. Otro tema de particular relevancia es la esfera psicopatológica propiamente tal y su influencia en el SII.

En los últimos años se ha evidenciado una relación importante entre SII y trastornos psiquiátricos. Estudios señalan que el 60% de los pacientes con SII refieren sintomatología psicopatológica, con mayor prevalencia en ansiedad, depresión, pánico, estrés postraumático y trastornos de somatización (Levy y otros, 2006; Gómez y otros, 2008). El mecanismo probable de esta asociación es la alteración de la motilidad intestinal por la disfunción del sistema nervioso autónomo que regula el intestino. Otros estudios cifran entre un 40% e incluso un 100% la prevalencia de diagnóstico psicopatológico en pacientes con SII, dependiendo de la población, características del estudio y criterios

diagnósticos (Hochstrasser y otros, 1996; Drossman y otros, 2000). Un estudio italiano encontró que el 65.5% de los pacientes con Trastornos Funcionales digestivos también tenían diagnóstico psiquiátrico y, a su vez, un 48% de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico de base sufrían además de trastornos digestivos del tracto gastrointestinal (55% de los cuales padecían SII). (Porcelli, 2004)

La relación entre los síntomas psicopatológicos y el SII es directa entre la gravedad de los síntomas del cuadro funcional y los síntomas psicológicos (comorbilidad). Un antecedente relacionado y relevante a este respecto es la presencia o historial de abuso en la infancia (sexual, maltrato físico o ambos) y se han planteado dos alternativas para explicar esta relación: primero, la situación de abuso desencadena directamente el SII por alteraciones relacionadas con estrés en el SNC; y segundo, el antecedente del abuso sería un elemento catalizador de las alteraciones psicológicas y de la hipersensibilidad visceral ya existentes en el SNC de estos pacientes (Gómez y otros, 2008).

Por otro lado, diversos estudios hospitalarios han mostrado un exceso de síntomas psicológicos en pacientes con síntomas de SII. Sobre este tema, Creed (2003) señala que cerca de la mitad de los pacientes diagnosticados en el hospital con SII presentan trastornos psiquiátricos y que esta proporción es dos o tres veces mayor que la prevalencia en pacientes con enfermedades gastrointestinales orgánicas. Con respecto a evidencia clínica nacional, en un estudio realizado en Santiago por la Universidad de Chile (Heerlin y Lolás, 1984), se encontraron puntajes significativos de depresión en mediciones psicométricas realizadas a una muestra de pacientes con enfermedad psicósomática (úlcera duodenal) y trastorno funcional (SII), medidos con el Inventario de Depresión de Beck. Los datos indicaron un promedio de 18,06 puntos y una desviación de 8,2 para los sujetos con SII y un promedio de 17,40 con una desviación de 11.40 para los sujetos con úlcera duodenal. Por otro lado, en un estudio realizado en Inglaterra con una muestra de 75 pacientes diagnosticados con gastroenteritis aguda, se encontró que a partir de del momento de efectuado el diagnóstico, los pacientes que desarrollaron subsecuentemente síntomas asociados al SII tuvieron mayores puntajes de ansiedad, somatización y rasgos neuróticos que aquellos que recuperaron su funcionamiento intestinal normal (Gwee y otros, 1996).

Para terminar este acápite referente a los factores psicológicos y psicopatológicos intervinientes en el SII, resulta pertinente citar el interesante artículo de Herschbach, Henrich y Von Rad (1999) quienes titularon su investigación como “Factores Psicológicos

en los Trastornos Digestivos Funcionales: ¿Características del desorden o Características del comportamiento frente a la enfermedad?”. La conclusión principal a la que llegan los autores es que los factores psicológicos y/o psicopatológicos examinados en personas con trastornos digestivos funcionales puede ser de dos tipos: el primer tipo se trataría de una característica de la enfermedad propiamente tal y el segundo tipo sería el factor que lleva al individuo a consultar a un médico. Cuando los gastroenterólogos atienden pacientes con desórdenes de este tipo, pueden asumir que se encuentran tratando con una especie de “grupo autoseleccionado” de individuos con estrés psicológico. La asistencia psicológica, pues, podría ser muy útil para determinar si, dado un individuo con un trastorno funcional gastrointestinal (SII incluido), éste podría beneficiarse de un tratamiento psicoterapéutico, dato de particular relevancia para una participación profesional más directa del psicólogo en el tratamiento del SII.

III. TEORÍA INTEGRATIVA DE LA PERSONALIDAD DE MILLON Y SU INVENTARIO DE ESTILOS DE PERSONALIDAD

3.1 Evolución de la Teoría y Conceptos Principales

A lo largo de la historia de la psicología han existido muchos intentos de abordar un objeto de estudio tan complejo como el ser humano. Así, han ido surgiendo una serie de teorías y escuelas que han intentado explicar el fenómeno humano: A principios del siglo XIX fue el Psicoanálisis, luego entró en escena el conductismo, con posterioridad surgieron los movimientos humanistas (la denominada “tercera fuerza”), luego, aparecieron los enfoques post modernos y así se podrían citar muchos referentes que han intentado abordar de la mejor manera al ser humano. Sin embargo, prácticamente todos los enfoques centran su atención en aspectos particulares (cognición, emoción, procesos inconscientes, etc.) dejando de lado una serie de ámbitos que son relevantes en función de una comprensión cabal y de un abordaje integrativo del ser humano.

En este sentido, el psicólogo estadounidense Theodore Millon (1928 -) ha planteado una teoría integrativa en lo que a personalidad se refiere, la cual ha intentado ser lo más lógica y coherente posible en el abordaje del ser humano (Morales de Barbenza, 2003). Sustentado en esta perspectiva integradora y en la novedad que implica la utilización del instrumental desarrollado por Millon en la investigación sobre el trastorno objeto de nuestro estudio (Síndrome de Intestino Irritable) es que optamos por centrar nuestra atención en la Teoría de la personalidad desarrollada por Millon.

3.1.1 Teoría del Aprendizaje Biosocial

Desde 1967, Millon ha desarrollado una teoría de carácter integrativo acerca de la personalidad tanto normal como patológica. En la actualidad, los lineamientos iniciales se mantienen. Sin embargo, la teoría ha ido ganando en complejidad y alcance, esto último debido, en gran parte, a la necesidad de adecuar lo planteado en función de los nuevos hallazgos surgidos de la investigación y de la práctica clínica (Sánchez, 2003).

La teoría de Millon se basa, principalmente, en la idea que la personalidad y la psicopatología se desarrollan como resultado de la interacción de fuerzas ambientales y orgánicas. En este sentido, se plantea que los factores biológicos pueden facilitar o

limitar la naturaleza de las experiencias y aprendizajes de la persona de diversas maneras, por lo tanto, la dotación biológica de la persona configura, al menos en un primer término, las diferencias significativas en la experiencia de éstas. Sin embargo, hay que tener cuidado en un aspecto: la dotación biológica y las fuerzas ambientales ejercen una influencia recíproca entre sí, no existe una interacción unidireccional en el sentido de que el aspecto biológico siempre preceda e influya en el curso de la experiencia. En este sentido, resulta importante destacar que, sobre todo en los períodos sensibles o críticos de desarrollo neurológico, la influencia del ambiente es fundamental a la hora de lograr un desarrollo adecuado. Ahora bien, la importancia de la dotación biológica se ve reflejada no sólo en otorgar un patrón de sensibilidades y disposiciones comportamentales, sino que el sustrato biológico contribuye directamente a la creación de condiciones ambientales favorables o dificultosas; los niños evocarían ciertas reacciones en los demás (por ejemplo, en sus padres) que acentúan la disposición biológica del organismo (Millon, 1998).

Existe un concepto unificador de este modelo cual es la noción de refuerzo. En este sentido, Millon sintetizó su propuesta en base a tres preguntas:

- ¿Qué refuerzos busca el individuo?
- ¿Dónde procura encontrarlos?
- ¿Cómo actúa para poder optar por ellos?

Las respuestas a estas preguntas resultarían ser tres dimensiones polares. En este sentido, Millon señala que el refuerzo buscado podía ser la consecución del placer o la evitación del dolor (naturaleza del refuerzo), lo cual derivó en la polaridad placer-dolor. En función de la segunda pregunta, Millon respondió que la persona puede buscar el refuerzo en sí mismo o en los otros (fuente del refuerzo), lo cual derivó en la polaridad sí mismo (independiente)-otros (dependiente). Finalmente, la respuesta a la tercera pregunta fue que el individuo puede actuar de manera activa o pasiva en pos de conseguir el refuerzo (conducta instrumental), lo que derivó en la polaridad activo-pasivo (Sánchez, 2003).

Ahora bien, es necesario precisar que en la polaridad denominada fuente del refuerzo, Millon identifica dos puntos discretos: patrón ambivalente y desvinculado. Tanto el patrón independiente como el dependiente establecen compromisos muy definidos, a diferencia de los dos patrones incorporados. El patrón ambivalente hace referencia a los tipos de personalidad en los cuales las personas presentan una indefinición respecto a depender de sí mismos o del resto para la obtención de refuerzos. El patrón desvinculado

tiene relación con una incapacidad para experimentar tanto recompensas de sí mismos como de los demás.

A partir de este esquema, Millon derivó una matriz de cuatro por dos (ver Tablas 2 y 3 en Anexos), combinando los estilos dependiente, independiente, ambivalente y desvinculado con la dimensión actividad-pasividad. Estas combinaciones produjeron ocho tipos básicos, a los cuales se añadieron tres tipos más. Estos últimos, desde una perspectiva clínica, presentan una dimensión psicopatológica con lo cual se conforman los once patrones de personalidad básicos. Resulta interesante recalcar que existía una correspondencia entre estos patrones de personalidad y los trastornos de personalidad especificados en el DSM III. Sin embargo, los patrones presentados por Millon no representan categorías diagnósticas, sino que Millon los propuso como patrones de afrontamiento prototípicos. A continuación, se nombran los ocho patrones básicos con sus consecuentes paralelos patológicos del DSM-III y, a continuación, se explicitan los patrones más graves:

1. Patrón pasivo-dependiente (Personalidad sumisa de Millon; Trastorno de la personalidad por dependencia del DSM-III).
2. Patrón activo-dependiente (Personalidad gregaria de Millon; Trastorno histriónico de la personalidad del DSM-III).
3. Patrón pasivo-independiente (Personalidad narcisista de Millon; Trastorno narcisista de la personalidad del DSM-III).
4. Patrón activo-independiente (Personalidad violenta de Millon; Trastorno antisocial de la personalidad del DSM-III).
5. Patrón pasivo-ambivalente (Personalidad respetuosa de Millon; Trastorno compulsivo de la personalidad del DSM-III).
6. Patrón activo-ambivalente (Personalidad sensitiva de Millon; Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad del DSM-III).
7. Patrón pasivo-desvinculado (Personalidad introvertida de Millon; Trastorno esquizoide de la personalidad del DSM-III).
8. Patrón activo-desvinculado (Personalidad inhibida de Millon; Trastorno de la personalidad por evitación del DSM-III).

Ahora bien, a continuación se nombrarán los tres patrones de personalidad adicionales. Se diferencian de los 8 primeros, en algunos aspectos, tales como una mayor vulnerabilidad a los potenciales estresores cotidianos, presencia de episodios psicóticos periódicos (pero reversibles) y déficit en la competencia social.

9. Personalidad Cicloide se corresponde con el Trastorno límite de la personalidad del DSM-III.
10. Personalidad Paranoide se describe de manera parecida en la obra de Millon y en el DSM-III.
11. Personalidad Esquizoide se corresponde con el Trastorno esquizotípico de la personalidad del DSM-III (Millon, 1998).

3.1.2 Modelo Evolutivo

En 1990, Millon reformula su teoría del aprendizaje biosocial. No incluye cambios sustanciales, más bien agrega ciertos elementos que complejizan aún más su enfoque integrativo. Inspirado en el Teorema incompleto de Godel (1931), el cual afirma que ningún sistema puede probar desde sí mismo sus propias proposiciones, Millon concluye que la mejor manera de explicar el funcionamiento humano consistía en examinar y analizar los principios universales derivados de las expresiones de la naturaleza. En este sentido, se puede afirmar que el gran cambio inyectado por Millon en este nuevo modelo consiste en una reevaluación de las características más profundas en las que se basa el funcionamiento humano. Millon dedujo que los principios y procesos de la evolución eran universales, sólo que se expresan de distinta manera en los diversos ámbitos.

En este modelo, Millon define la personalidad como “la representación del mayor o menor estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o una especie particular frente a sus entornos habituales” (Millon, 1998). De esta forma, los trastornos de la personalidad se conceptualizan como “estilos particulares de funcionamiento desadaptativo debidos a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de la especie para relacionarse con su entorno” (Millon, 1998). De esta forma, existen ocho áreas mediante las cuales se manifiesta la personalidad: cuatro de ellas corresponden a atributos estructurales tales como temperamento, autoimagen, representaciones objetales y organización intrapsíquica y las otras cuatro corresponden a procesos funcionales, a saber, comportamiento observable, comportamiento interpersonal, estilo cognitivo y mecanismos de defensa. Estas ocho áreas pueden abordarse a través de cuatro perspectivas teóricas: biológica, cognitiva, interpersonal y psicodinámica (Morales de Barbenza, 2003).

Con el propósito de utilizar una base conceptual sólida (que estuviese acorde a lo que se ha planteado en los párrafos anteriores) y de construir un modelo acerca de los

estilos normales y patológicos de la personalidad, Millon utilizó cuatro esferas, en las cuales aplicó los principios evolutivos y ecológicos; estas cuatro esferas son: existencia, adaptación, replicación y abstracción. A continuación, se explicarán, en términos generales, cada una de estas esferas (Millon, 1998):

- **Existencia:** esta esfera se refiere a la transformación de los estados con estructuras menos organizadas en estados con estructuras distintivas de mayor organización. En este sentido, son necesarias dos estrategias: una para alcanzar la existencia, cuyo propósito es la promoción de la vida (búsqueda de experiencias de recompensa) y otra para preservar la vida, cuyo propósito es evitar acontecimientos que podrían acabar con la misma (se evitan los peligros y las amenazas). La polaridad placer-dolor subyace a estas estrategias.
- **Adaptación:** esta esfera tiene relación con los procesos homeostáticos utilizados para sobrevivir en el medio. Para que un organismo se diferencie del ecosistema del cual forma parte, necesita modos eficaces de funcionamiento. Existen dos modos de adaptación, ambos modos son necesarios para lograr la diferenciación esperada: la acomodación ecológica (el atenerse a la realidad favorable), la cual tiene relación con la tendencia a encajar, de forma pasiva, a mantener la seguridad de anclaje en una posición favorable. El segundo modo de adaptación, la modificación ecológica (el dominio del propio entorno), guarda relación con un tomar la iniciativa para alterar y configurar el medio externo. Estos dos modos de adaptación, se relacionan con la polaridad pasividad-actividad.
- **Replicación:** pertenece a los estilos de reproducción que maximizan la diversificación y selección de atributos que han sido efectivos (desde un punto de vista ecológico). Esta esfera guarda relación con dos procesos necesarios y complementarios: el primero de ellos es la individuación reproductora, el cual tiene que ver con la consecución del sí mismo y la crianza reproductora, el cual tiene que ver con el amor constructivo hacia los demás. Estos procesos guardan relación con la polaridad sí mismo-otros.
- **Abstracción:** esta esfera tiene que ver con la aparición de capacidades que fomentan la planificación y la toma de decisiones basada en el razonamiento. En palabras más simples, esta esfera guarda relación con la capacidad de simbolización del propio mundo, tanto interno como externo (Millon, 1998).

3.2 Importancia de una Ciencia Comprensiva de la Personalidad

Una ciencia clínica comprensiva de la personalidad debe integrar cuatro elementos básicos: teoría o esquemas conceptuales explicativos, nosología formal, herramientas de evaluación e intervenciones terapéuticas adecuadas. La integración de estos cuatro elementos básicos, Millon la denominó “Psicosinergia”. La mayoría de las escuelas actuales fracasan en su intento de coordinación de estos ámbitos (Sánchez, 2003).

En el punto anterior, se profundizó detalladamente en la teoría y en la nosología. En esta sección se tratarán los otros dos puntos, la evaluación y las intervenciones terapéuticas.

Antes de abordar la evaluación y las intervenciones terapéuticas, se hace necesario puntualizar un aspecto acerca de la nosología que no se habló anteriormente: su relación con las distintas versiones del DSM. Tanto la primera versión del DSM, en 1952, como la primera revisión, el DSM II en 1968, posicionaban a la personalidad y su patología en un lugar bastante periférico. En el DSM II, los trastornos de la personalidad aparecían en el capítulo cinco, “Trastornos de la personalidad y otros trastornos psíquicos no psicóticos”. Poco tiempo después, en el año 1976, Millon publica su libro “Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos”, el cual fue clave para que, en 1980 en la tercera revisión del DSM, los trastornos de la personalidad tuvieran un eje propio. En cuanto a la cuarta versión del DSM, a pesar de que ésta asigna un eje a los trastornos de la personalidad, es criticada por Millon en cuanto el agrupamiento realizado ya que sostiene que agrupar los trastornos por características descriptivas no tiene significación pronóstica, ni lógica alguna en función de un modelo teórico (Sánchez, 2003).

En cuanto a la evaluación, Millon le asigna un papel preponderante. Tanto en su obra “Trastornos de la Personalidad: más allá del DSM IV”, como en “Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna”, Millon hace hincapié en la necesidad de una evaluación de todos los aspectos del funcionamiento de la persona (un diagnóstico integral) para, de esta manera, poder planificar un tratamiento acorde a esta evaluación. En este sentido, Millon dice que la evaluación va más allá de las puntuaciones logradas en los tests; el evaluador debe interpretar el perfil en función de una apreciación cualitativa personalizada. Para este propósito, Millon ha desarrollado una serie de instrumentos de evaluación diagnóstica de la personalidad. A saber: Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) en sus tres versiones, Millon Behavioral Health Inventory

(MBHI), Millon Adolescents Clinical Inventory (MACI), Millon Adolescents Personality inventory (MAPI), Millon Behavioral Medicine Diagnostic (MBMD), Personality Adjective Check List (PACL) y Millon Index of Personality Scales (MIPS). Como corolario de este tema, se puede afirmar que la evaluación viene a ser el punto de enlace entre los conceptos teóricos y la realidad. En este sentido, si la teoría es correcta al momento de determinar diferentes estilos y trastornos, los instrumentos deben dar cuenta de aquello (Morales de Barbenza, 2003).

Al referirnos a la psicoterapia, es menester afirmar que se constituye como la derivación lógica de la teoría, de la nosología y de los múltiples instrumentos creados por Millon. Ahora bien, resulta necesario diferenciar la terapia integrativa con algunas líneas contemporáneas, líneas con las cuales, aparentemente, presentan propuestas muy similares, pero haciendo una revisión un tanto más profunda, salen a la luz las múltiples diferencias existentes (Sánchez, 2003).

Millon propone una psicoterapia integradora, la cual es concebida como una configuración de estrategias y tácticas de las cuales se selecciona cada técnica no sólo por su eficacia en la resolución de ciertos síntomas o de la problemática en general, sino también por su contribución global de los procedimientos psicoterapéuticos al modelo de la Psicodinámica, de los cuales no son más que una pequeña parte (Millon y Davis, 1998).

3.3 Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS)

3.3.1 Características Generales

Al confeccionar el Inventario Millón de Estilos de Personalidad (MIPS), Millon intentó (al igual que con los otros instrumentos de evaluación psicológica creados por él) operacionalizar su teoría, es decir, Millon intentó que el MIPS fuese una derivación lógica y coherente de su teoría integrativa. A continuación, se especifican las características más relevantes de este cuestionario:

- Cuestionario que consta de 180 ítems que se responden verdadero/falso.
- La versión original fue traducida al español en 1995.
- Se centra en la evaluación de la personalidad normal.
- Se puede aplicar al sector etéreo comprendido entre los 18 y los 65 años.
- Exige como requisito para su aplicación, un nivel de educación correspondiente al primer año de secundaria (primer año de enseñanza media).

- Contiene 24 escalas de contenido agrupadas en 12 pares. Cada par incluye escalas yuxtapuestas. Los 12 pares de escalas se agrupan en 3 grandes áreas, las cuales se nombran a continuación (más adelante, se desarrollarán con mayor profundidad): las 3 grandes áreas son las metas motivacionales, los estilos cognitivos y las conductas interpersonales. Las metas motivacionales comprenden los pares apertura-preservación, modificación-acomodación e individualismo-protección. Los estilos cognitivos están conformados por los pares introversión-extraversión, sensación-intuición, reflexión-afectividad y sistematización-innovación. Finalmente, el área de las conductas interpersonales comprenden los pares retraimiento-comunicatividad, vacilación-firmeza, discrepancia-conformismo, sometimiento-control, insatisfacción-concordancia.
- Además de estas 24 escalas de contenido, este cuestionario posee 3 indicadores de validez: impresión positiva, impresión negativa y consistencia (Castañeda y otros, 2000).

3.3.2 Construcción del Instrumento

Desde un principio, Millon entendió el proceso de validación no como un procedimiento post-hoc destinado a demostrar la utilidad del cuestionario, sino que lo entendió como un proceso relacionado estrechamente con el desarrollo del test (Castañeda y otros, 2000).

El desarrollo de las escalas y la selección de los ítems se realizó en base a secuencia de tres fases diferentes de validación: teórico-sustantiva, interna-estructural y externa-validacional. Estas 3 etapas de validación, le permitieron a Millon elegir y eliminar algunos ítems, según una asignación de pesos distintos, según su pertenencia teórica o empírica a una determinada escala, por lo que los ítems puntúan en diferentes escalas con diferentes pesos. En este sentido, si un determinado ítem se construyó para una escala teórica y existe una correlación alta entre ese ítem y la escala, se asignan tres puntos. Ya que hay escalas relacionadas teóricamente, a los ítems de estas escalas que correlacionan alto con otra escala, se les asigna un peso de dos puntos para la escala con la que existe relación teórica. Finalmente, si la correlación no es muy alta, se asigna un punto.

3.3.3 Descripción Conceptual

El Inventario Millon intenta medir Estilos de personalidad. Es posible definir la **noción de Estilo de Personalidad** como un tipo de clasificación de las variables de la persona que nos permite reconocer lo “invariante” de ésta a través de conductas muy distintas. En este sentido, los Estilos Personológicos están constituidos por polaridades, por lo cual adquieren la naturaleza de dimensiones continuas. Por otra parte, se propone que el Estilo Personológico es un conjunto de modalidades de funcionamiento psicológico observables que:

- Están en la cúspide del sistema jerárquico que constituye la personalidad.
- Organizan e integran el resto de los niveles.
- Traspasan los dos grandes sistemas de diferenciación psicológica, el cognitivo y el afectivo-motivacional.
- Hacen referencia a diferencias más cualitativas que cuantitativas.
- Se expresan mediante dimensiones más que mediante categorías discontinuas.
- Y proporcionan unidad y coherencia al comportamiento de un sujeto y/o de un grupo de sujetos (Sánchez, 1999).

Por su parte, la **noción de Rasgo de Personalidad**, siempre desde la óptica de Millon, puede ser entendida como tipo de clasificación de las variables de la persona más elemental que los Estilos Personológicos, es decir, al menos como son utilizados en la actualidad, sólo cubren un espectro de conductas relativamente restringido (Sánchez, 1999).

Por otra parte, tal como se afirmó anteriormente, este cuestionario agrupa sus 24 escalas de contenido en tres dimensiones: Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Conductas Interpersonales. A continuación, se explicará cada una de las dimensiones con sus respectivas escalas.

Las metas motivacionales evalúan la orientación de la persona a la hora de obtener refuerzo del medio. Se basan en las 3 polaridades propuestas por Freud, a saber, placer-dolor, sujeto-objeto, y actividad-pasividad. Millon reformuló estas 3 polaridades, pero en el ámbito del aprendizaje: refuerzo positivo vs. refuerzo negativo (placer-dolor), uno mismo vs. los demás como fuente del refuerzo y los estilos instrumentales activo-pasivo. A partir de esto, configura polaridades definitivas tal cual aparecen en el cuestionario: apertura-preservación, modificación-acomodación e individualismo

protección. A continuación, se explican brevemente cada una de las escalas (tomando como referencia las personas que alcanzan un puntaje elevado):

- Apertura: puntaje elevado en apertura, refleja personas que tienden a ser optimistas, a ver el lado bueno de las cosas, que les es fácil pasarlo bien y que enfrentan los problemas de manera equilibrada.
- Preservación: refleja a personas que se concentran en los problemas y los agravan (tienden a ver “el vaso medio vacío”). Las preocupaciones y las decepciones de poca importancia logran perturbarlas en demasía.
- Modificación: reflejan a personas que adoptan una posición activa y toman la vida en sus manos, intentando que las cosas sucedan tal como ellos quieren.
- Acomodación: refleja a personas que se esfuerzan bastante poco en dirigir o modificar su vida. Hacen muy poco para causar los resultados que desean.
- Individualismo: refleja a personas orientadas a satisfacer sus propias necesidades y deseos.
- Protección: refleja personas motivadas en satisfacer primero las necesidades de los demás.

Los Estilos Cognitivos se refieren a la forma en la cual los organismos abordan el entorno. Se basan en una perspectiva evolucionista y en las contribuciones de Jung y Myers. Jung propone una orientación cognitiva en una tipología que incluye tres bipolaridades: extraversión/introversión, pensamiento/sentimiento y sensación/intuición. En función de esto, Millon agrupa las actividades cognitivas teniendo en cuenta dos funciones superiores: el origen de los datos recogidos (fuentes de información) y los métodos para reconstruir esos datos (procesos de transformación). Las fuentes de información fueron divididas en externas vs. internas y tangibles vs. intangibles. Los procesos de transformación fueron divididos en intelectivos vs. afectivos y asimilativos vs. imaginativos. Finalmente, Millon determinó que extravertido-intravertido, sensitivo-intuitivo, reflexivo-afectivo y sistematizador-innovador fuesen los nombres definitivos de las escalas. A continuación, se explican brevemente cada una de las escalas (tomando como referencia las personas que alcanzan un puntaje elevado):

- Extraversión: refleja a personas que acuden a los demás en busca de aliento y estimulación.
- Introversión: esto caracteriza a personas cuya principal fuente de inspiración y estimulación son ellas mismas.

- Sensación: esto tiene que ver con personas que derivan sus conocimientos de lo tangible y lo concreto.
- Intuición: en esta escala, las personas prefieren lo simbólico y lo desconocido, antes de lo conocido y observable.
- Reflexión: esta escala caracteriza a personas que prefieren procesar sus conocimientos por medio del razonamiento analítico y la lógica.
- Afectividad: refleja a personas que hacen sus juicios tomando como referente principal sus propias reacciones afectivas frente a las circunstancias.
- Sistematización: escala que tiene que ver con personas que son muy organizadas y predecibles en su manera de abordar la cotidianidad
- Innovación: esta escala dice relación con personas que son creativas y que están dispuestas a asumir riesgos si es necesario.

Las relaciones interpersonales se basan en las contribuciones de Sullivan, Leary y el Modelo de Cinco Factores. Millon toma estos aportes y elabora cinco pares de polaridades que se cruzan con las estrategias instrumentales activas y pasivas, resultando un formato de cinco por dos, a partir de los que se obtienen diez de los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV. Las polaridades que incluye son retraimiento-comunicatividad, duda-seguridad, discrepancia-conformismo, sometimiento-control e insatisfacción-concordancia. A continuación, se explican brevemente cada una de las escalas (tomando como referencia las personas que alcanzan un puntaje elevado):

- Retraimiento: escala que refleja a personas que se caracterizan por su falta de emotividad y su indiferencia social.
- Comunicatividad: caracteriza a personas que buscan estimulación, excitación y atención.
- Vacilación: refleja a personas que son tímidas, que experimentan nerviosismo en situaciones de índole social.
- Firmeza: escala que tiene que ver con personas que tienden a creer que son más capaces y talentosas que el resto.
- Discrepancia: caracteriza a individuos que tienden a no estar de acuerdo con las normas, por lo cual actúan de un modo no conformista e independiente.
- Conformismo: refleja personas que, probablemente, tienen autodominio y son honradas, son muy respetuosas de la autoridad.

- Sometimiento: tiene que ver con individuos que están más acostumbrados al sufrimiento que al placer, tienden a rebajarse ante los demás, son muy sumisas.
- Control: refleja individuos que tienden a ser energéticos, dominantes y socialmente agresivos.
- Insatisfacción: caracteriza a personas que tienden a ser malhumorados y pasivo-agresivos. Por lo general, sus estados de ánimo son cambiantes.
- Concordancia: reflejan a individuos que tienden a ser simpáticos socialmente, también se muestran maleables y receptivos ante los demás.

Este cuestionario también cuenta con escalas de validez, cuyos parámetros para la interpretación de los puntajes son los siguientes:

- Impresión Positiva: mientras mayor sea el puntaje obtenido en esta escala, mayor probabilidad de que la persona intenta producir una impresión demasiado favorable.
- Impresión Negativa: puntaje elevado en esta escala, indicaría una tendencia del individuo a tener una autopercepción negativa.
- Consistencia: Un puntaje igual o superior a 3 indica que la prueba es consistente y un puntaje menor a tres indicaría que la prueba es inconsistente. En el segundo caso, el cuestionario se invalida (Aparicio, 1999), (Castañeda y otros, 2000).

3.3.4 Confiabilidad y Validez

En cuanto a la confiabilidad, se emplearon tres métodos distintos: consistencia interna, división por mitades y test-retest. En la confiabilidad basada en la consistencia interna, los coeficientes alfa promedio oscilan entre 0,75 y 0,80. Las confiabilidades promedios establecidas mediante el método de la división por mitades oscilan entre 0,80 y 0,85. Por último, las confiabilidades test-retest promedio oscilan en torno a 0,85 (Castañeda y otros, 2000).

En cuanto a la validez, se abordó tanto la interna como la externa. En función de la validez interna, se concluyó que las escalas de este cuestionario se intercorrelacionan y se superponen. Es posible desprender un patrón de relaciones convergentes y divergentes entre las escalas, patrón que concuerda con las expectativas sustentadas en los constructos teóricos que subyacen a las diferentes escalas. En cuanto a la validez externa, ésta fue determinada a través de la comparación de las escalas del MIPS con algunos instrumentos de medición psicológica, tales como el Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF), el Myers-Briggs Type Indicador (MBTI), el California Psychological

Inventory (CPI), el NEO Personality Inventory (NEO), el Gordon Personal Profile Inventory (GPP-I), el Beck Depression Inventory (BDI) y el Collage Adjustment Scales (CAS) (Millon, 1997). De todos estos estudios, se pudo concluir que las pautas de correlación convergente y divergente entre el MIPS y todos estos instrumentos, concuerdan con la teoría de la personalidad normal y con el contenido de las escalas respectivas (Castañeda y otros, 2000).

Resulta necesario señalar que no existe una adaptación y estandarización chilena, sin embargo, sí existe una validación del instrumento en España (Sánchez y otros, en el año 1999) y Argentina (Castro Solano y otros, en el año 2004).

En función de la validez externa, se citarán algunos estudios entre el MIPS y otros instrumentos. Se seguirá el siguiente orden: en primer lugar, se revisará la relación entre el MIPS y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), luego entre el MIPS y la Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (BIEPS-J) y finalmente, se revisará la relación entre el MIPS y el Neo Five Factor Inventory (NEO-FFI), instrumento que se deriva del Modelo de Cinco Factores. Es necesario destacar que estos estudios se basan en la estandarización argentina del MIPS.

La alexitimia puede ser entendida como la falta de palabras para expresar emociones y sentimientos. Se hizo un estudio, en el cual se administró el MIPS y la escala TAS-20. Se calcularon las siguientes correlaciones: en cuanto a las metas motivacionales y alexitimia, se encontró una correlación positiva con la escala preservación, y negativa con las escalas y apertura y modificación. En función de los modos cognitivos, se encontró una correlación positiva con la escala introversión y negativa con extraversión y sistematización. Finalmente, en cuanto a la correlación entre alexitima y conductas interpersonales, se encontró una correlación positiva con las escalas retraimiento, vacilación, discrepancia, sometimiento e insatisfacción, y una correlación negativa con las escalas firmeza y comunicatividad (Castro Solano y otros, 2004).

Según Costa y McCrae, la personalidad es un predictor del bienestar subjetivo y de las experiencias emocionales de las personas. En este sentido, se intentó relacionar los estilos de personalidad con el constructo bienestar psicológico. Para esto, se aplicó el MIPS-A (versión modificada para adolescentes) y el BIEPS-J. Se registraron las siguientes relaciones: personas que presentan bajo bienestar psicológico arrojan puntajes positivos en las escalas preservación, vacilación, retraimiento, discrepancia, sometimiento e insatisfacción y negativamente, en la escala apertura. En cambio, personas que presentan un alto nivel de bienestar psicológico, presentan negativamente la escala

retraimiento y positivamente las escalas comunicatividad, extraversión y discrepancia (Castro Solano y otros, 2004).

Se intentó establecer las relaciones entre los estilos de personalidad y el Modelo de Cinco Factores. Para tal fin, se administró el MIPS y el NEO-FFI. Se encontraron las siguientes correlaciones: el factor neuroticismo, correlacionó positivamente con las escalas preservación, vacilación, sometimiento e insatisfacción y negativamente con la escala apertura. El factor extraversión, correlacionó negativamente con las escalas acomodación, introversión y retraimiento y positivamente, con las escalas apertura, modificación, extraversión y comunicatividad. El factor apertura, correlacionó positivamente con las escalas innovación e intuición. El factor agradabilidad, correlacionó negativamente con las escalas individualismo y discrepancia y positivamente, con protección y concordancia. Finalmente, el factor responsabilidad, correlacionó positivamente con las escalas conformismo, modificación, sistematización y sensación y negativamente, con acomodación (Castro Solano y otros, 2004).

3.3.5 Interpretación

La interpretación se realiza en función de los puntajes obtenidos por las personas en cada una de las escalas. Para esto, es necesario realizar la conversión de puntajes brutos a puntajes de prevalencia (PP), los cuales permiten situar al sujeto en relación con la distribución de la variable en el universo (esta conversión de puntajes brutos a puntajes de prevalencia no se realiza con las escalas de validez, éstas se interpretan en función de los puntajes brutos) (Castañeda y otros, 2000).

Los puntajes de prevalencia van de PP0 a PP100. El punto de referencia para interpretar los perfiles siempre es PP50. En este sentido, si un individuo obtiene un PP50 o superior en una escala, es clasificado como miembro del grupo poseedor del rasgo de esa escala. Si se obtiene un puntaje PP inferior a 50, la persona no formará parte del grupo de la escala correspondiente. Después de que los individuos han sido clasificados como miembros o no miembros de los distintos grupos, los perfiles individuales de puntaje se interpretan en función de la distancia que los separa del PP50 en cada escala. Es importante recalcar que cada constructo bipolar es un continuo, por lo que cada puntaje debe interpretarse en relación a la posición relativa y configuracional respecto a los puntajes obtenidos en las otras escalas, en especial en relación a las escalas que pertenecen al mismo sector del perfil (Castañeda y otros, 2000).

Cabe señalar que, además de las 24 escalas de contenido, el cuestionario tiene Indicadores de Validez (Impresión Positiva, Impresión Negativa y Consistencia). La escala de Impresión Positiva está redactada con el propósito de identificar a las personas que intentan producir una impresión demasiado favorable en el test. La escala de Impresión Negativa pretende identificar a las personas cuyas respuestas en el MIPS tienden a ser asociadas con una autopercepción negativa generalizada de sí mismas. La escala de Consistencia, por su parte, reviste particular importancia. Ésta apunta a la validez de los datos recogidos y si son consistentes las respuestas dadas a determinados ítems y su relevancia radica en el hecho que si este índice arroja un valor inferior a tres se invalida el perfil completo del MIPS.

Finalmente, se encuentra el indicador denominado Índice de Ajuste. El valor correspondiente a este indicador arroja un índice grueso del equilibrio psicológico de la persona. En este sentido, una puntuación baja (40 o inferior a 40), indicaría que la persona marcó un número considerable de frases del MIPS que denotan conductas poco adaptativas y resultaría indicador de posibles trastornos psicológicos (Castro Solano, 2004; Aparicio García, 1999).

3.4 Relación entre el Inventario Millon de Estilos de la Personalidad y Trastornos Gastrointestinales

A continuación, se citará un estudio que realizó Castro Solano, Casullo y Pérez (2003). Este estudio intentó explorar estilos diferenciales entre pacientes orgánicos y la población en general.

La hipótesis a seguir fue la siguiente: *“existen estilos diferenciales de personalidad entre los pacientes orgánicos y la población general, especialmente en lo referido a los pares del MIPS que indican estrategias de afrontamiento inadecuadas o pobre equilibrio psicológico de las polaridades, especialmente aquellas que evidencian un pobre manejo de los estresores ambientales (acomodación, preservación y pares b de las conductas interpersonales)”*. En este sentido, se estudió a pacientes con trastornos dermatológicos, pacientes con trastornos cardiovasculares, pacientes con trastornos respiratorios, pacientes con glaucoma y pacientes con trastornos gastrointestinales. También se realizaron hipótesis particulares a cada conjunto de trastornos. En función de nuestro estudio, cabe reseñar la hipótesis generada por Castro Solano y otros, referente a los trastornos gastrointestinales: *“los pacientes con trastornos gastrointestinales tienden a*

obtener puntuaciones diferenciales más altas, comparados con la población general, en las escalas del MIPS relacionadas con los pares a (patrones de inadaptación) que evidencian un peor uso de estrategias de afrontamiento frente a diferentes situaciones”. Tomando en cuenta los resultados obtenidos, se pudo verificar, en términos generales, que los pacientes que sufren trastornos médicos obtienen puntajes diferenciales en el MIPS. Particularmente en los trastornos gastrointestinales, se pudo verificar parte de la hipótesis: las escalas retraimiento y sometimiento -más desadaptativas- diferenciaban claramente a este grupo: se trata de pacientes pasivos, poco asertivos y con pocas habilidades sociales. Estos pacientes obtuvieron puntaje positivo en las escalas sensación, intuición y retraimiento y puntaje negativo en las escalas extraversión y comunicatividad, lo cual implicaría características psicológicas tales como falta de emotividad, una cierta indiferencia social y una tendencia a adquirir conocimientos a partir de aspectos concretos y tangibles y, además, a buscar la estimulación en sí mismas (Castro Solano y otros, 2004).

A partir de los datos anteriormente recabados, cabe señalar que para la presente investigación se hace relevante considerar aquellas escalas del MIPS que correlacionan con el factor neuroticismo en el Modelo de Cinco Factores (correlación positiva con las escalas preservación, vacilación, sometimiento e insatisfacción y correlación negativa con la escala apertura), pues de acuerdo a los estudios que relacionan personalidad y SII, revisados anteriormente, la dimensión neuroticismo se encontraría más elevada en estos pacientes. Se debe tener en cuenta que las escalas que correlacionan con alexitimia también deben ser consideradas, pues de acuerdo al Modelo de Cinco Factores y los estudios de Eysenck en relación al neuroticismo, además de las características observadas mediante el MMPI en pacientes con SII, éstos tienen dificultades para expresar sus emociones y se muestran como inestables frente a la activación emocional intensa. Al considerar las escalas del MIPS que correlacionan con neuroticismo, estas escalas presentan la misma correlación con la dimensión de alexitimia. Por otra parte, de acuerdo al estudio de Castro Solano y otros (2004) en pacientes con enfermedades gastrointestinales, a las escalas ya consideradas de acuerdo a la correlación que existe con neuroticismo, se hace necesario considerar las escala de retraimiento, sensación e intuición y las escalas de extraversión y comunicatividad, las cuales puntúan más alto y más bajo respectivamente en estos pacientes.

A modo de síntesis, los factores psicológicos influyentes en el SII suelen manifestarse de forma distinta entre pacientes que consultan a los servicios de salud por

sintomatología correspondiente a SII y aquellos que, si bien también padecen dicha sintomatología, no consultan. Se ha observado que los consultantes tienden a presentar una mayor elevación en la puntuación de neuroticismo, menor calidad de vida, síntomas de malestar psicológico como ansiedad y depresión, además de mayores niveles de estrés y mecanismos de afrontamiento poco adecuados en comparación a aquellos sujetos no consultantes. Los factores nombrados anteriormente influyen en la búsqueda de atención médica, el número de consultas a los servicios de salud y la respuesta al tratamiento.

3.5 Relación entre el Inventario Millon de Estilos de Personalidad y el Síndrome de Intestino Irritable

De acuerdo a la Teoría Integrativa de la Personalidad de Millon, la personalidad normal reflejaría los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie que son eficaces en ambientes “promedio” o “previsibles”. En tal contexto, las alteraciones de la personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento mal adaptado atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un individuo para relacionarse con los ambientes con los que se enfrenta (Millon, 1997). Desde esta perspectiva, las características personológicas asociadas a los pacientes con SII, consistentes en baja tolerancia al estrés y a la frustración, mayor número de quejas somáticas, ansiedad, hostilidad, pasividad, preocupación por salud y eventos vitales estresantes, constituirían estilos de funcionamiento poco adaptativos en cuanto a la capacidad del paciente con SII para relacionarse con su medio ambiente. Esta capacidad estaría descrita, en la teoría de Millon, en los constructos bipolares originados a partir de las distintas dimensiones que considera la teoría desde su perspectiva ecológica, evolucionista y social. Al analizar estas dimensiones, encontramos que la dimensión de existencia da origen a los constructos bipolares de placer y dolor. Desde esta perspectiva, considerando las características de personalidad asociadas a los pacientes con SII, estos sujetos tenderían a volcar esta dimensión hacia la polaridad de dolor, es decir sujetos tendientes a la evitación de refuerzos negativos provenientes desde su medio ambiente o desde ellos mismos (pulsión de dolor). Esta característica estaría asociada a una puntuación alta en la escala de Preservación en el MIPS. Siguiendo esta misma línea, los pacientes con SII, en la teoría de Millon, volcarían la dimensión de adaptación (orientación ecológica del individuo hacia la modificación del medio ambiente, a la cual subyace la

bipolaridad actividad-pasividad) hacia la polaridad de pasividad, tendiendo a acomodarse a las circunstancias del entorno sin presentar mayor iniciativa en modificarlas. Esta característica se asocia a una puntuación alta en la escala de Acomodación. Por otra parte, los pacientes con SII orientarían su dimensión de Replicación (preocupación del organismo por la supervivencia individual o la de la especie, a la cual subyace la bipolaridad uno mismo-los demás) hacia la polaridad Uno Mismo, preocupándose por la satisfacción de sus propias necesidades y deseos. Esta característica se asocia a una puntuación alta en la escala de Individualismo. Estas dimensiones de la teoría de Millon, subyacen a las bipolaridades constituyentes de las Metas Motivacionales del MIPS. Esto quiere decir que los pacientes con SII, tal como lo señalan los estudios citados anteriormente, presentarían mecanismos de afrontamiento y tendencias a relacionarse con el medio desde la pasividad, la preocupación por los propios estados internos y la evitación del dolor en lugar de buscar activamente refuerzo positivo.

Al analizar los Modos Cognitivos, los pacientes con SII tenderían a buscar estimulación desde ellos mismos, a partir de datos concretos y tangibles. Esto hace suponer que los pacientes con SII tenderían a orientar su dimensión de abstracción hacia la polaridad de interioridad, obteniendo una puntuación alta en las escalas del MIPS correspondientes a **Introversión** y **Sensación** respectivamente.

Desde el análisis de los constructos bipolares que componen las Conductas Interpersonales del MIPS, se desprende que los pacientes con SII volcarían la bipolaridad indiferencia-gregarismo hacia el polo de indiferencia, en el sentido interpersonal del concepto introversión (Factor I del Modelo de Cinco Factores), obteniendo una elevada puntuación en el escala de **Retraimiento**, es decir sujetos tendientes a ser silenciosos, pasivos, con falta de emotividad ante los demás e indiferencia social. Por otro lado, la bipolaridad inseguridad-confianza, en los pacientes con SII, estaría orientada hacia la polaridad de inseguridad, obteniendo una puntuación elevada en la escala de Vacilación del MIPS. Esto habla de sujetos inseguros en situaciones sociales, tímidos, dubitativos, con falta de soltura y cautela. Estas características son semejantes al Factor IV, "Neuroticismo", del modelo de Cinco Factores y a la tipología "modesto-masoquista" de Leary (Millon, 1997). Esto es consecuente con los resultados encontrados por Castro Solano en pacientes con Trastornos Gastrointestinales, donde la escala que obtiene una mayor puntuación en este tipo de pacientes es la de **Vacilación**. A su vez, en los estudios de correlación del MIPS con EPQ y NEO-FFI, esta escala es la que presenta la mayor correlación con el factor "Neuroticismo" en ambos modelos (Millon, 1997).

En síntesis, desde el análisis de las características personológicas descritas en los pacientes con SII, explicadas éstas desde la Teoría Integrativa de la Personalidad de Millon, es esperable encontrar una alta puntuación en las siguientes escalas del MIPS: Preservación, Acomodación, Individualismo, Introversión, Sensación, Retraimiento, Vacilación. Cabe señalar que dentro de estas escalas se le debe prestar particular atención a las escalas de Preservación, Vacilación, Retraimiento, Sensación, debido a la vinculación de estas escalas a los estilos personológicos de los pacientes que cursan trastornos gastrointestinales (Castro Solano, 2004).

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se estima pertinente definir operacionalmente una serie de conceptos que serán frecuentemente utilizados a lo largo del marco metodológico y de los acápites subsecuentes del presente trabajo. Estas definiciones se desprenden lógicamente de las definiciones conceptuales desarrolladas a lo largo del marco teórico.

1. ESTILO DE PERSONALIDAD

Cualidad obtenida por las puntuaciones en un determinado par de escalas a las cuales subyace la misma bipolaridad.

2. RASGO DE PERSONALIDAD

Puntaje obtenido en una determinada escala de estilo de personalidad del MIPS. Los puntajes pueden ir entre 0 y 100 puntos. Cuando el puntaje va entre 0 y 49 puntos, se califica el rasgo como “ausente”. Por otro lado cuando el puntaje va entre 50 y 100 puntos, se califica el rasgo como “presente”. Dentro de esta denominación, resulta relevante especificar lo siguiente: Entre 50 y 69 puntos, existe una presencia moderada del rasgo. Entre 70 y 89 puntos, existe una presencia marcada del rasgo. Entre 90 y 100 puntos, el rasgo se considera exacerbado.

3. GRUPO SÍNDROME INTESTINO IRRITABLE

Personas que cumplen los criterios de SII con el cuestionario ROMA III (es decir, puntaje en pregunta número 1 mayor a 2 puntos, puntaje en pregunta número 2 igual a 0 o 2 puntos y puntaje en preguntas 4, 5 y 6; 7 y 8 mayor a 0 puntos).

Este grupo incluye personas que consultan por dicha sintomatología y aquellos que no consultan aunque la presentan .¹

3.1. GRUPO MÓRBIDO

Pacientes diagnosticados por profesional médico con Síndrome de Intestino Irritable (es decir, que autorreportan previo diagnóstico de SII) y que cumplen los Criterios Diagnósticos Roma III para SII.²

² Se incluyeron además en esta categoría aquellos pacientes que habiendo sido diagnosticados con SII por profesional médico (es decir, que autorreportan previo diagnóstico de SII), no cumplen cabalmente los Criterios diagnósticos ROMA III para SII (presentan síndromes incompletos).

3.2. GRUPO BANALIZADOR

Personas que no consultan a profesional médico por la sintomatología descrita por los Criterios diagnósticos Roma III para SII, pero sí cumplen dichos criterios.

4. GRUPO SANO

Personas que no consultan a profesional médico por la sintomatología descrita por los Criterios diagnósticos Roma III para SII y que no cumplen dichos criterios (es decir, puntaje en pregunta número 1 menor a 3 puntos, puntaje en pregunta número 2 igual a 1 punto y puntaje en preguntas 4, 5 y 6 y 7 y 8 igual a 0 puntos).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

I. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen diferencias en los estilos de personalidad entre el Grupo Síndrome Intestino Irritable y el Grupo Sano?

II. OBJETIVOS GENERALES

1.- Describir y comparar los estilos de personalidad que existen entre las personas del Grupo Síndrome Intestino Irritable y del Grupo Sano, mediante el MIPS.

2.- Describir y comparar los estilos de personalidad hallados en el Grupo Sano, en el Grupo Banalizador y en el Grupo Mórbido, mediante el MIPS.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir estilos de personalidad, mediante la utilización del Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), presentes en el Grupo Síndrome Intestino Irritable.
- Describir estilos de personalidad, mediante el MIPS, presentes en el Grupo Mórbido.
- Describir estilos de personalidad, mediante el MIPS, presentes en el Grupo Banalizador.
- Comparar los estilos de personalidad hallados en el Grupo Sano y el Grupo Síndrome Intestino Irritable, mediante el MIPS.
- Explorar estilos de personalidad no hipotetizados en el Grupo SII, mediante el MIPS.
- Explorar estilos de personalidad no hipotetizados en el Grupo Banalizador y en el Grupo Mórbido, mediante el MIPS.

HIPÓTESIS

Hipótesis de Investigación General

1. Existen diferencias en los estilos de personalidad entre el Grupo Síndrome Intestino Irritable y el Grupo Sano.
2. Existen diferencias en los estilos de personalidad entre el grupo Mórbido, el grupo Banalizador y el grupo Sano.

Hipótesis Específicas

En función de la primera hipótesis general:

1.1 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **placer-dolor**, se observará lo siguiente: En la escala **Apertura**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Síndrome Intestino Irritable. Por otra parte, en la escala **Preservación**, el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el Grupo Sano.

1.2 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **actividad-pasividad**, se observará lo siguiente: En la escala **Modificación**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Síndrome Intestino Irritable. Por otra parte, en la escala **Acomodación**, el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

1.3 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **uno mismo-los demás**, se observará lo siguiente: En la escala **Individualismo**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Síndrome Intestino Irritable. Por otra parte, en la escala **Protección**, el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

1.4 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **exterioridad-interioridad**, se observará lo siguiente: En la escala **Extraversión**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Síndrome Intestino Irritable. Por otra parte, en la escala

Introversión, el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

1.5 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **intangibilidad-tangibilidad**, se observará lo siguiente: En la escala **Intuición**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Síndrome Intestino Irritable. Por otra parte, en la escala **Sensación**, el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

1.6 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **gregarismo-indiferencia**, se observará lo siguiente: En la escala **Comunicatividad**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado el grupo Síndrome Intestino Irritable. Por otra parte, en la escala **Retraimiento**, el grupo el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

1.7 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **confianza-inseguridad**, se observará lo siguiente: En la escala **Firmeza**, el grupo Sano obtendrá el grupo Síndrome Intestino Irritable Por otra parte, en la escala **Vacilación**, el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

En función de la segunda hipótesis general:

2.1 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **placer-dolor**, se observará lo siguiente: En la escala **Apertura**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más alto que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevados que el grupo Mórbido. Por otra parte, en la escala **Preservación**, el grupo Mórbido obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

2.2 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **actividad-pasividad**, se observará lo siguiente: En la escala **Modificación**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Mórbido. Por otra parte, en la escala **Acomodación**, el

grupo Mórbito obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

2.3 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **uno mismo-los demás**, se observará lo siguiente: En la escala **Individualismo**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Mórbito. Por otra parte, en la escala **Protección**, el grupo Mórbito obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

2.4 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **exterioridad-interioridad**, se observará lo siguiente: En la escala **Extraversión**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Mórbito. Por otra parte, en la escala **Introversión**, el grupo Mórbito obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

2.5 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **intangibilidad-tangibilidad**, se observará lo siguiente: En la escala **Intuición**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Mórbito. Por otra parte, en la escala **Sensación**, el grupo Mórbito obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

2.6 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **gregarismo-indiferencia**, se observará lo siguiente: En la escala **Comunicatividad**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Mórbito. Por otra parte, en la escala **Retraimiento**, el grupo Mórbito obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

2.7 En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **confianza-inseguridad**, se observará lo siguiente: En la escala **Firmeza**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje

más elevado que el grupo Mórbito. Por otra parte, en la escala **Vacilación**, el grupo Mórbito obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

MARCO METODOLÓGICO

I. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente diseño de investigación se clasifica como un estudio No Experimental, Transeccional, Descriptivo-Comparativo:

- Un estudio No Experimental es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables, en el cual se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para posteriormente analizarlos. La investigación no experimental es investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan pues ya han sucedido (Hernández ET AL, 2003). En el caso específico de la presente investigación, las variables referidas a los estilos personológicos y la sintomatología del Síndrome de Intestino Irritable son elementos no manipulados por los investigadores y sólo se busca describir y comparar tales estilos personológicos así como también la sintomatología de SII en las personas participantes de la investigación.
- Un estudio Transeccional es aquel en que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández ET AL, 2003). Sustentado en lo anterior, el presente estudio se avoca a la descripción y comparación de los estilos personológicos asociados a la sintomatología del Síndrome de Intestino Irritable, respecto a un grupo de personas contactadas en un período de tiempo acotado a 7 meses (Mayo de 2008 a Noviembre de 2008), en la cual cada persona participaba de la investigación por una única vez a través de la respuesta a los instrumentos suministrados.
- La naturaleza Descriptiva-Comparativa de un estudio transeccional viene dada, en primer lugar, por tener como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento para tal objetivo consiste en medir una o más variables en un grupo de personas y posteriormente proporcionar su descripción. Por ello son estudios puramente descriptivos y, de establecer hipótesis, éstas son también descriptivas. La característica Comparativa, por su

parte, se constituye en el hecho que cada variable del estudio es tratada individualmente, es decir, las variables no se vinculan (Hernández ET AL, 2003).

Sobre la base de las características mencionadas y a manera de síntesis, es posible señalar que la presente investigación posee una naturaleza No Experimental, Transeccional, Descriptiva y Comparativa, puesto que se trata de un estudio donde no se manipulan variables, se plantean hipótesis de naturaleza descriptiva y se trabaja sobre las respuestas de un grupo de personas en un momento dado. Sustentados en tales respuestas, se pretende medir estilos personológicos asociados a la sintomatología del Síndrome de Intestino Irritable, para luego describir y comparar los grupos en función de las hipótesis planteadas inicialmente para finalmente plantear resultados. Cabe señalar que si bien se presenta una asociación entre las variables, ello no implica vinculación correlacional alguna entre las mismas.

II. MUESTRA

Para seleccionar los grupos de estudio se ocuparon los siguientes criterios, los cuales a su vez, son requisitos de validez del perfil del MIPS:

- Grupo etáreo comprendido entre los 18 y los 65 años.
- Haber aprobado como mínimo primer año de enseñanza media.

Una vez aplicado el MIPS quedaron excluidas de la muestra final aquellas personas cuyos resultados en el MIPS arrojaron un índice de ajuste igual o inferior a 40 (Castro Solano, 2004). Esta medida permitió filtrar, en términos generales, aquellas personas que podrían presentar conductas poco adaptativas y posibles trastornos psicológicos. Por otra parte, también fueron excluidas de la muestra final aquellas personas que obtuvieron una puntuación menor a 3 puntos en el índice de Consistencia del MIPS. Esto se debe a que, de acuerdo a las características del propio instrumento, una persona que puntúa bajo tres en este índice implica que ha sido poco consistente en describirse y por tanto, su perfil es inválido.

En cuanto a la forma mediante la cual se accedió a la muestra, ésta se desarrolló en dos etapas³: La primera de ellas se llevó a cabo en el Centro de Atención Primaria en Salud Marcelo Mena de Valparaíso. De este centro se obtuvieron datos tanto del grupo de pacientes diagnosticados con SII como del grupo de personas no diagnosticadas con SII.

³ El estudio se desarrolló en dos etapas, debido a que en el Centro de Atención Primaria no fue posible acceder a la cantidad de participantes requeridos.

Éste último grupo fue conformado por usuarios del centro APS que consultaban por motivos administrativos o previsionales.

La segunda etapa, se desarrolló en base a la metodología de recolección de datos “Bola de Nieve” (Azorín Poch, 1962) la cual consiste en localizar a algunos individuos que cumplan con los requisitos planteados previamente para la presente investigación. Estos individuos contestan los instrumentos requeridos por la investigación y, posteriormente, a cada uno de ellos se les solicita contactar a otros sujetos que cumplan con los requerimientos de la investigación. Estos nuevos participantes contestan los instrumentos, contactan a otros sujetos y así sucesivamente hasta conseguir una muestra suficiente (cifra explicitada en apartado anterior). El procedimiento con estas personas fue similar al utilizado con las personas en el Centro de Atención Primaria: se contacta a la persona que desee participar en la investigación (sea diagnosticada con SII o no), se le explican los pormenores de la investigación, se suministra el consentimiento informado y posterior a la firma de éste por parte de la persona, se procede a la aplicación del cuestionario ROMA III y se finaliza con la aplicación del MIPS (si la persona está diagnosticada con SII, se le entrega el folleto informativo).

En cuanto a la caracterización de la muestra, ésta es no probabilística y está conformada por sujetos voluntarios.

III. PROCEDIMIENTOS

La primera etapa se desarrolló de la siguiente manera: Para recolectar los datos del grupo diagnosticado con SII, el procedimiento a seguir en el centro de salud fue el siguiente: Médico detecta casos de SII, explica pormenores de la investigación y deriva al paciente a conversar con el encargado de la investigación, presente en el Centro APS en ese momento. Éste procede a explicar en profundidad la investigación, suministra el consentimiento informado y posterior a la firma de éste por parte del paciente, procede a la aplicación del cuestionario ROMA III. Enseguida se suministra el MIPS y se finaliza entregándole un folleto informativo sobre el SII cuya elaboración estuvo a cargo del equipo investigador en conjunto con 2 médicos generales y un médico gastroenterólogo.

En resumen:

- Diagnóstico por parte del médico de paciente con SII.
- Firma de consentimiento informado por parte del paciente, aprobando participar en la investigación.

- Aplicación de cuestionario ROMA III.
- Aplicación de MIPS.
- Entrega de folleto informativo respecto al SII.

Ahora bien, en el caso del grupo no diagnosticado con SII, el procedimiento fue el siguiente: Profesional del Centro de Salud (asistente social, enfermera, matrona) explica pormenores de la investigación y deriva a la persona a conversar con el encargado de la investigación, presente en el Centro APS en ese momento. Éste procede a explicar en profundidad la investigación, suministra el consentimiento informado y posterior a la firma de éste por parte de la persona, procede a la aplicación del cuestionario ROMA III y finaliza con la aplicación del MIPS. En función del resultado del ROMA III (resultado positivo o negativo), este grupo de personas no diagnosticadas se divide en dos: aquellas con ROMA III positivo (banalizadores) y aquellas con ROMA III negativo.

La segunda etapa, se desarrolló de la siguiente forma:

- Se localizan a los individuos interesados en participar en la investigación y que cumplan con los requisitos planteados previamente.

- Se le explican los pormenores de la investigación.

- Se suministra el consentimiento informado

- Posterior a la firma del consentimiento informado, se procede a la aplicación del cuestionario ROMA III.

- Se finaliza con la aplicación del MIPS (si la persona está diagnosticada con SII, se le entrega el folleto informativo).

- Luego, a cada uno de ellos se les solicita contactar a otros sujetos que cumplan con los requerimientos de la investigación.

- Estos nuevos participantes contestan los instrumentos y contactan a otros sujetos y así sucesivamente hasta que se consiguió una muestra suficiente.

Es necesario mencionar, que tanto para la primera etapa como para la segunda, se intentaron mantener condiciones ambientales que le permitieran a la persona desenvolverse de la mejor manera posible para responder los cuestionarios, intentando aislar distractores externos (sala iluminada y ventilada, una silla y un escritorio sólo con los documentos a responder y un lápiz de pasta).

IV. INSTRUMENTOS

4.1 Cuestionario Diagnóstico ROMA III, Módulo SII

El instrumento utilizado para indagar la sintomatología asociada al SII es el Cuestionario Diagnóstico ROMA III, Módulo SII. Para tal efecto se contactó directamente a la Fundación Roma en Italia. Se recibió respuesta indicando que el representante para nuestro país de la Fundación era el Dr. Freddy Squella, gastroenterólogo del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. El Dr. Squella facilitó la versión oficial en español completa del Cuestionario ROMA III. Posterior a ello se efectuó un cruce con el módulo específico referido a SII del cuestionario original en inglés, obteniendo así la matriz definitiva del Cuestionario Diagnóstico ROMA III, módulo SII, en español.

El instrumento definitivo consiste en un cuestionario de autoreporte que busca operacionalizar los criterios diagnósticos ROMA III para el SII. Consta de 10 ítems de preguntas y respuestas con alternativas. Los dos primeros ítems apuntan a determinar la fuente y recurrencia del dolor o malestar abdominal y los ítems del 3 al 10 buscan esclarecer la sintomatología específica que se asocia al síndrome en cuestión. Como aspecto adicional de interpretación, el cuestionario también permite determinar el tipo específico de SII que la persona eventualmente esté cursando (SII predominancia diarrea, SII predominancia constipación o SII mixto).

Cabe señalar que se anexó una pregunta adicional al cuestionario definitivo tendiente a determinar si la persona ha consultado a médico por los eventuales síntomas gastrointestinales reportados (ver cuestionario en anexo).

4.2 Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS)

El Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) es un inventario que se centra en la evaluación de la personalidad normal. Éste se aplica a un rango etéreo entre los 18 y 65 años de edad y requiere un nivel de educación correspondiente al primer año de secundaria (primer año de enseñanza media) para ser contestado. El cuestionario en sí consta de 180 ítems que se responden como verdadero o falso. Se incluyen 24 escalas agrupadas en 12 pares y cada par contiene dos constructos o dimensiones yuxtapuestas a la base. A su vez los 12 pares están organizados en tres áreas: Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Conductas Interpersonales. Además de estas 12 escalas, el MIPS

contiene 4 indicadores de validez: Impresión Positiva (IP), Impresión Negativa (IN), Consistencia (C) e Índice de Ajuste (IA). Así, el MIPS definitivo incluye 165 ítems pertenecientes a las 24 escalas, 5 ítems de la escala de consistencia, 10 de la escala de impresión positiva y 10 de la escala de impresión negativa.

4.3 Cuestionario de Datos Sociodemográficos Personales

El cuestionario de datos sociodemográficos busca recolectar información de la persona sobre temas como: sexo, edad, estado civil, ocupación y nivel educacional. Además se incluye información sobre antecedentes de tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, según sea el caso.

V. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recabados en la investigación se analizaron por medio de estadística descriptiva e inferencial. Los datos sociodemográficos de la muestra y las características asociadas a cada grupo de la investigación se resumieron por medio de indicadores de estadística descriptiva (media, moda, mediana, medidas de dispersión, varianza y desviación estándar). Posteriormente, se utilizaron procedimientos de estadística inferencial para establecer una comparación entre los grupos del estudio. En primer lugar se realizó una Comparación de Medias de las puntuaciones obtenidas en el MIPS entre los grupos “Síndrome de Intestino Irritable” y “Sano”, por medio de la Prueba T de Student para Muestras Independientes. Considerando el tamaño de los grupos y un error alfa de 0.05, se ha estimado un tamaño del efecto mediano de 0.47 (Criterio de Cohen citado en Aron, 2001; Erdfelder, 1996) y un error beta de 0.05 para esta prueba. Estos cálculos se han efectuado a través del software G-Power versión 3.0.1

En segundo lugar, se realizó un Análisis de Varianza Simple (One Way ANOVA) por medio del cual se compararon las medias de las puntuaciones del MIPS obtenidas por los grupos “Mórbido”, “Banalizador” y “Sano”. Posteriormente, se realizó el Análisis de Homogeneidad de la Varianza de Levene para determinar si la distribución de las puntuaciones de cada escala para cada grupo cumple con el supuesto de homogeneidad de la varianza y con ello establecer si las comparaciones de medias post-hoc que se pueden realizar deben efectuarse por medio de estadísticos paramétricos o no paramétricos. Las pruebas utilizadas para realizar estas comparaciones son la Prueba de

Scheffé y Prueba de Bonferroni para el caso de pruebas paramétricas y para el caso de pruebas no paramétricas se utilizó la prueba T3 de Dunnett. Para la estimación de error beta, potencia estadística, tamaño del efecto y determinación del tamaño de la muestra a priori a partir del ANOVA, se ha utilizado el software G-Power versión 3.0.1. Se ha estimado un error beta de 0.10 y un tamaño del efecto mediano de 0.25 para la prueba ANOVA (criterio de Cohen), determinando con ello una muestra a priori de 207 personas para la conformación de los 3 grupos.

Los cálculos de Prueba T de Student y ANOVA se realizaron por medio del software estadístico SPSS versión 17, considerando un error alfa de 0.05.

RESULTADOS

I. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se contactaron un total de 283 personas, quienes contestaron los instrumentos solicitados.

En función del requisito de validez del perfil del MIPS (puntaje de la Escala de Consistencia sobre los 2 puntos) y del Índice de Ajuste (magnitud sobre 40, lo que permite discriminar posible psicopatología), la muestra se redujo a 208 personas (73,5% de la muestra total). Por criterio de la Escala de Consistencia, se excluyeron 43 personas (es decir, un 15,19% de la muestra total). Por criterio de Índice de Ajuste, se excluyeron 35 personas (12,36% de la muestra total). Del total de 78 perfiles invalidados, se presentan 5 coincidencias entre ambos criterios de invalidación, por lo que el total de excluidos alcanza los 73 casos (25,79% de la muestra total).

Resulta necesario indicar, además, que hubo 2 casos que se desecharon, en función de no responder el Cuestionario ROMA III y pasaron a formar parte de la categoría “casos perdidos”.

Por consiguiente, de la muestra seleccionada de 208 personas, 127 casos conforman el grupo “Síndrome Intestino Irritable” (61,05% de la muestra seleccionada) y 81 personas conforman al grupo “Sanos” (28,6%). Del grupo “Síndrome Intestino Irritable”, 71 casos pertenecen al grupo “Mórbidos” (25,1% de la muestra seleccionada), 56 personas conforman el grupo “Banalizadores” (19,8% de la muestra banalizadores). (Ver Tabla 1 y 2).

TABLA 1: Distribución de frecuencias y porcentajes de sujetos en los 2 grupos

		Frecuencia	Porcentaje Muestra Total	Porcentaje de casos válidos	Porcentaje acumulado
Válidos	Síndrome Intestino Irritable	127	44,87	61,05	61,05
	Sano	81	28,6	38,9	100,0
	Total	208	73,47	100,0	
Perdidos	Sistema	75	26,5		
Total		283	100,0		

TABLA 2: Distribución de frecuencias y porcentajes de sujetos en los 3 grupos

		Frecuencia	Porcentaje Muestra Total	Porcentaje de casos válidos	Porcentaje acumulado
Válidos	Mórbido	71	25,1	34,1	34,1
	Banalizadores	56	19,8	26,9	61,1
	Sano	81	28,6	38,9	100,0
	Total	208	73,5	100,0	
Perdidos	Sistema	75	26,5		
Total		283	100,0		

TABLA 3: Distribución de frecuencias por sexo en los 3 grupos

		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Grupo	Mórbido	59	12	71
	Banalizadores	33	23	56
	Sano	59	22	81
Total		151	57	208

TABLA 4: Distribución de frecuencias por Nivel Educativo en los 3 grupos

		Nivel Educativo					Total	
		Ed. Media Incompleta	Ed. Media Completa	Tec. Incompleta	Tec. Completa	Univ. Incompleta		Univ. Completa
Grupo	Mórbido	2	3	6	11	19	30	71
	Banalizadores	1	8	2	7	20	18	56
	Sano	1	6	2	13	30	29	81
Total		4	17	10	31	69	77	208

TABLA 5: Distribución de frecuencias de edad en los 3 grupos

		Edad			
		18 a 30 años	31 a 45 años	45 a 65 años	Total
Grupo	Mórbido	32	34	41	107
	Banalizador	24	7	21	52
	Sano	15	15	19	49
Total		71	56	81	208

II. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para los fines de esta investigación, en primer lugar, se compararon las puntuaciones de las escalas del MIPS en los grupos Sanos y Síndrome Intestino Irritable, intentando dar cuenta de la primera hipótesis de investigación general “*Existen diferencias en los estilos de personalidad entre el Grupo Síndrome Intestino Irritable y el Grupo Sano*”. Esto se realizó mediante una Prueba T (ver tabla completa de descripción y de homogeneidad en anexo).

A continuación, se volverán a explicitar las hipótesis específicas, contrastándolas con los resultados obtenidos mediante la Prueba T. Las tablas muestran los niveles de significación para una prueba de comparación de medias de muestra independientes de una cola (significación unilateral).

1.1.- *En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **placer-dolor**, se observará lo siguiente: En la escala **Apertura**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Síndrome Intestino Irritable. Por otra parte, en la escala **Preservación**, el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el Grupo Sano.*

TABLA 6: Resumen de resultados de Prueba T en bipolaridad placer-dolor

Apertura	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	66,82	-3,92	,033
SANOS	70,74		

Preservación	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	32,93	6,04	0,007
SANOS	26,89		

En función del análisis mediante Prueba T, se observan diferencia significativas ($p < 0,05$) en ambas escalas. En la Escala Apertura, el Grupo Sano presenta la mayor puntuación.

En la Escala Preservación, el Grupo SII presenta la mayor puntuación. Por ende, la **hipótesis específica** planteada para el estilo es **verdadera**.

1.2.- En el estilo *personológico* cuya bipolaridad subyacente es **actividad-pasividad**, se observará lo siguiente: En la escala **Modificación**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Síndrome Intestino Irritable. Por otra parte, en la escala **Acomodación**, el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 7: Resumen de resultados de Prueba T en bipolaridad actividad-pasividad

Modificación	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	58,64	0,64	,420
SANOS	58,00		

Acomodación	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	35,91	-0,55	,431
SANOS	36,46		

Se observan diferencias no significativas ($p > 0,05$) en ambas escalas, por lo cual, la **hipótesis específica** planteada para el estilo es **falsa**.

1.3.- En el estilo *personológico* cuya bipolaridad subyacente es **uno mismo-los demás**, se observará lo siguiente: En la escala **Individualismo**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Síndrome Intestino Irritable. Por otra parte, en la escala **Protección**, el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 8: Resumen de resultados de Prueba T en bipolaridad uno mismo-los demás

Individualismo	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	56,65	-5,92	,042
SANOS	62,57		

Protección	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	51,53	10,57	,001
SANOS	40,96		

En función del análisis mediante Prueba T, se observan diferencias significativas ($p < 0,05$) en ambas escalas. En la Escala Individualismo, el Grupo Sano presenta la mayor puntuación. En la Escala Protección, el Grupo SII presenta la mayor puntuación. Por ende, la **hipótesis específica** planteada para el estilo es **verdadera**.

1.4.- En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **exterioridad-interioridad**, se observará lo siguiente: En la escala **Extraversión**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Síndrome Intestino Irritable. Por otra parte, en la escala **Introversión**, el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 9: Resumen de resultados de Prueba T en bipolaridad exterioridad-interioridad

Extraversión	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	54,71	3,80	,122
SANOS	50,91		

Introversión	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	36,13	0,27	,468
SANOS	35,86		

Se observan diferencias no significativas ($p > 0,05$) en ambas escalas, por lo cual, la **hipótesis específica** planteada para el estilo es **falsa**.

1.5.- En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **intangibilidad-tangibilidad**, se observará lo siguiente: En la escala **Intuición**, el grupo Sano obtendrá un

puntaje más elevado que el grupo Síndrome Intestino Irritable. Por otra parte, en la escala **Sensación**, el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 10: Resumen de resultados de Prueba T en bipolaridad tangibilidad-intangibilidad

Intuición	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	41,31	8,54	,009
SANO	32,77		

Sensación	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	58,92	-8,88	,008
SANO	67,80		

En función del análisis mediante Prueba T, se observan diferencia significativas ($p < 0,05$) en ambas escalas. En la Escala Intuición, el Grupo SII presenta la mayor puntuación, lo que refuta lo hipotetizado en la primera parte de la hipótesis. En la Escala Sensación, el Grupo Sano presenta la mayor puntuación, lo que refuta lo hipotetizado en la segunda parte de la hipótesis. Por ende, la **hipótesis específica** planteada para el estilo es **falsa**,

1.6.- En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **gregarismo-indiferencia**, se observará lo siguiente: En la escala **Comunicatividad**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado el grupo Síndrome Intestino Irritable. Por otra parte, en la escala **Retraimiento**, el grupo el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 11: Resumen de resultados de Prueba T en bipolaridad indiferencia-gregarismo

Comunicatividad	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	54,75	-1,40	,35
SANOS	56,15		

Retraimiento	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	39,76	0,96	,389
SANOS	38,80		

Se observan diferencias no significativas ($p > 0,05$) en ambas escalas, por lo cual, la **hipótesis específica** planteada para el estilo es **falsa**.

1.7.-En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **confianza-inseguridad**, se observará lo siguiente: En la escala **Firmeza**, el grupo Sano obtendrá el grupo Síndrome Intestino Irritable Por otra parte, en la escala **Vacilación**, el grupo Síndrome Intestino Irritable obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 12: Resumen de resultados de Prueba T en bipolaridad inseguridad-confianza

Firmeza	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	61,00	-4,68	,053
SANOS	65,68		

Vacilación	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	37,59	7,17	,008
SANOS	30,42		

En función del análisis mediante Prueba T, no se observan diferencias significativas ($p < 0,05$) en la Escala Firmeza. En la Escala Vacilación, el Grupo SII presenta la mayor puntuación, lo que concuerda con lo hipotetizado. Por ende, la **hipótesis específica** planteada para el estilo es **falsa**, ya que se cumple lo hipotetizado para la escala Vacilación, pero no lo planteado para la escala Firmeza.

La **hipótesis general** “Existen diferencias en los estilos de personalidad entre el Grupo Síndrome Intestino Irritable y el Grupo Sano”, es verdadera, ya que 2 hipótesis específicas son verdaderas y otra, a pesar de que resulta ser falsa, arroja una diferencia significativa en el estilo, cuya bipolaridad subyacente es tangibilidad-intangibilidad.

Para dar cuenta de uno de los objetivos específicos planteados, “Explorar estilos de personalidad no hipotetizados en el Grupo SII, mediante el MIPS”, se aplicó la Prueba T al resto de escalas no hipotetizadas.

TABLA 13: Resumen de resultados de Prueba T en Estilos de personalidad no hipotetizados

Reflexión	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	48,40	-5,7	,055
SANOS	54,10		

Afectividad	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	49,54	9,54	,025
SANOS	40,00		

Sistematización	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	57,24	1,35	,356
SANOS	55,89		

Innovación	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	38,64	3,76	,152
SANOS	34,88		

Discrepancia	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	35,43	-0,55	,423
SANOS	35,98		

Conformismo	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	53,44	-3,47	,116
SANOS	56,91		

Sometimiento	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	20,96	2,85	,088
SANOS	18,11		

Control	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	64,99	-2,91	,176
SANOS	67,90		

Insatisfacción	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	35,13	0,6	,423
SANOS	34,53		

Concordancia	Media	Diferencia de Medias	Nivel de Significación
SII	51,33	6,75	,018
SANOS	44,58		

En función del análisis mediante Prueba T, se observan diferencias significativas ($p < 0,05$) en la Escalas **Afectividad** en la Escala **Concordancia**. En la Escala Afectividad, el Grupo SII presenta la mayor puntuación. Por su parte, en la Escala Concordancia, el Grupo SII presenta la mayor puntuación.

En segundo lugar, se compararon los puntajes obtenidos en el MIPS en los grupos "Sanos", "Mórbidos" y "Banalizadores", contrastando la segunda hipótesis general "*Existen diferencias en los estilos de personalidad entre el grupo Mórbido, el grupo Banalizador y el grupo Sano*", mediante un análisis de varianza simple (ANOVA). (ver tabla completas de descripción y de homogeneidad en anexo).

A continuación, se volverán a explicitar las hipótesis específicas, contrastándolas con los resultados obtenidos mediante el método de Análisis de Varianza Simple (ONE WAY ANOVA).

2.1.- En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **placer-dolor**, se observará lo siguiente: En la escala **Apertura**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más alto que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevados que el grupo Mórbido. Por otra parte, en la escala **Preservación**, el grupo Mórbido obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 14: Resumen de resultados One Way ANOVA en bipolaridad placer-dolor

Apertura	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	64,23	,016	,755
Banalizador	70,11		
Sano	70,74		

Preservación	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	35,59	,007	,372
Banalizador	29,55		
Sano	26,89		

En ambas escalas se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) con varianzas homogéneas entre los 3 grupos (Levene $p > 0,05$), por lo tanto para establecer las comparaciones, se utilizaron las pruebas post hoc paramétricas

TABLA 15: Resumen de resultados pruebas post hoc paramétricas Scheffé y Bonferroni en bipolaridad placer-dolor

Variable dependiente	(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Sig.	
Apertura	Scheffé	Mórbido	Banalizadores	-5,882	,086
		Sano		-6,515*	,027
		Banalizadores	Mórbido	5,882	,086
		Sano		-,634	,970
		Sano	Mórbido	6,515*	,027
		Banalizadores		,634	,970
	Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	-5,882	,081
		Sano		-6,515*	,022
		Banalizadores	Mórbido	5,882	,081
		Sano		-,634	1,000
		Sano	Mórbido	6,515*	,022
		Banalizadores		,634	1,000
Preservación	Scheffé	Mórbido	Banalizadores	6,038	,143
		Sano		8,703*	,008
		Banalizadores	Mórbido	-6,038	,143
		Sano		2,665	,668
		Sano	Mórbido	-8,703*	,008
		Banalizadores		-2,665	,668

Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	6,038	,146
		Sano	8,703*	,006
	Banalizadores	Mórbido	-6,038	,146
		Sano	2,665	1,000
	Sano	Mórbido	-8,703*	,006
		Banalizadores	-2,665	1,000

En función de la significación, en la escala Apertura existen diferencias significativas entre el Grupo Mórbido y el Grupo Sano, presentando éste último la mayor puntuación. En la escala Preservación, existen diferencias significativas entre el Grupo Mórbido y el Grupo Sano, presentando el grupo mórbido la mayor puntuación. Por ende, la hipótesis específica planteada es **verdadera**, ya que existen diferencias significativas en ambas escalas y se da el continuo hipotetizado.

En función de las pruebas post-hoc, en la escala Apertura existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el Grupo Mórbido y el Grupo Sano. En función de las diferencias de medias, el grupo que presenta la mayor puntuación es el Sano, luego el Banalizador y con la menor puntuación el Mórbido. En la escala Protección, existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el Grupo Sano y el Banalizador. En función de las diferencias de medias, el grupo que presenta la mayor puntuación es el Mórbido, luego el Banalizador y con la menor puntuación el Sano. Por ende, la hipótesis específica planteada es **falsa**, ya que existen diferencias significativas en ambas escalas, pero no se da el continuo hipotetizado.

2.2.- En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **actividad-pasividad**, se observará lo siguiente: En la escala **Modificación**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Mórbido. Por otra parte, en la escala **Acomodación**, el grupo Mórbido obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 16: Resumen de resultados One Way ANOVA en bipolaridad actividad-pasividad

Modificación	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	58,49	,977	,797
Banalizador	58,82		
Sano	58,00		

Acomodación	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	34,52	,715	,673
Banalizador	37,68		
Sano	36,46		

Se encontraron diferencias no significativas ($p > 0,05$) en ambas escalas, por lo cual, la hipótesis específica planteada es **falsa**.

2.3.- En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **uno mismo-los demás**, se observará lo siguiente: En la escala **Individualismo**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Mórbido. Por otra parte, en la escala **Protección**, el grupo Mórbido obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 17: Resumen de resultados One Way ANOVA en bipolaridad uno mismo-los demás

Individualismo	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	51,45	,004	,157
Banalizador	63,25		
Sano	62,57		

Protección	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	50,03	,007	,349
Banalizador	53,43		
Sano	40,96		

En ambas escalas se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) con varianzas homogéneas entre los 3 grupos (Levene $p > 0,05$), por lo tanto para establecer las comparaciones, se utilizaron las pruebas post hoc paramétricas.

TABLA 18: Resumen de resultados pruebas post hoc paramétricas Scheffé y Bonferroni en bipolaridad uno mismo-los demás

Variable dependiente		(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Individualismo	Scheffé	Mórbido	Banalizadores	-11,799 [*]	,017
			Sano	-11,117 [*]	,013
		Banalizadores	Mórbido	11,799 [*]	,017
			Sano	,682	,985
		Sano	Mórbido	11,117 [*]	,013
		Banalizadores	-,682	,985	
	Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	-11,799 [*]	,013
			Sano	-11,117 [*]	,009
		Banalizadores	Mórbido	11,799 [*]	,013
			Sano	,682	1,000
Sano		Mórbido	11,117 [*]	,009	
	Banalizadores	-,682	1,000		
Protección	Scheffé	Mórbido	Banalizadores	-3,400	,731
			Sano	9,065	,070
		Banalizadores	Mórbido	3,400	,731
			Sano	12,466 [*]	,013
		Sano	Mórbido	-9,065	,070
		Banalizadores	-12,466 [*]	,013	
	Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	-3,400	1,000
			Sano	9,065	,064
		Banalizadores	Mórbido	3,400	1,000
			Sano	12,466 [*]	,010
Sano		Mórbido	-9,065	,064	

	Banalizadores	-12,466*	,010
--	---------------	----------	------

En función de las pruebas post-hoc, en la escala Individualismo existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el Grupo Mórbido y el Sano y entre el Grupo Mórbido y el Grupo Banalizador. En función de las diferencias de medias, el grupo que presenta la mayor puntuación es el Banalizador, luego el Sano y con la menor puntuación el Mórbido. En la escala Protección, existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el Grupo Sano y el Banalizador, presentando este último la mayor puntuación. Por ende, la hipótesis específica planteada es **falsa**, ya que existen diferencias significativas en ambas escalas, pero no se da el continuo hipotetizado.

2.4.- En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **exterioridad-interioridad**, se observará lo siguiente: En la escala **Extraversión**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Mórbido. Por otra parte, en la escala **Introversión**, el grupo Mórbido obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 19: Resumen de resultados One Way ANOVA en bipolaridad exterioridad-interioridad

Extraversión	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	51,86	,139	,275
Banalizador	58,32		
Sano	50,91		

Introversión	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	34,92	,805	,878
Banalizador	37,68		
Sano	35,86		

Se encontraron diferencias no significativas ($p > 0,05$) en ambas escalas, por lo cual, la hipótesis específica planteada es **falsa**.

2.5.- En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **intangibilidad-tangibilidad**, se observará lo siguiente: En la escala **Intuición**, el grupo Sano obtendrá un

puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Mórbido. Por otra parte, en la escala **Sensación**, el grupo Mórbido obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 20: Resumen de resultados One Way ANOVA en bipolaridad tangibilidad-intangibilidad

Sensación	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	59,18	,051	,634
Banalizador	58,59		
Sano	67,80		

Intuición	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	35,76	,001	,688
Banalizador	48,36		
Sano	32,77		

En la escala Sensación, se encontraron diferencias no significativas ($p > 0,05$). Por su parte, en la escala de Intuición, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) con varianzas homogéneas entre los 3 grupos (Levene $p > 0,05$), por lo tanto para establecer las comparaciones, se utilizaron las pruebas post hoc paramétricas.

TABLA 21: Resumen de resultados pruebas post hoc paramétricas Scheffé y Bonferroni en Escala Intuición

	(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Scheffé	Mórbido	Banalizadores	-12,597*	,018
		Sano	2,995	,758
	Banalizadores	Mórbido	12,597*	,018
		Sano	15,592*	,002
	Sano	Mórbido	-2,995	,758
		Banalizadores	-15,592*	,002
Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	-12,597*	,014
		Sano	2,995	1,000

Banalizadores	Mórbido	12,597*	,014
	Sano	15,592*	,001
Sano	Mórbido	-2,995	1,000
	Banalizadores	-15,592*	,001

En función de las pruebas post-hoc, en la escala Intuición existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el Grupo Sano y el Banalizador y entre el Grupo Mórbido y el Banalizador. En función de las diferencias de medias, el grupo que presenta la mayor puntuación es el Banalizador, luego el Morbido y con la menor puntuación el Sano. Por ende, la hipótesis específica planteada es **falsa**, ya que existen diferencias significativas sólo en la escala Intuición, no en la escala Sensación.

2.6.- En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **gregarismo-indiferencia**, se observará lo siguiente: En la escala **Comunicatividad**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Mórbido. Por otra parte, en la escala **Retraimiento**, el grupo Mórbido obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 22: Resumen de resultados One Way ANOVA en bipolaridad indiferencia-gregarismo

Retraimiento	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	40,21	,935	,839
Banalizador	39,20		
Sano	38,80		

Comunicatividad	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	52,63	,535	,819
Banalizador	57,43		
Sano	56,15		

Se encontraron diferencias no significativas ($p > 0,05$) en ambas escalas, por lo cual, la hipótesis específica planteada es **falsa**.

2.7.- En el estilo personalógico cuya bipolaridad subyacente es **confianza-inseguridad**, se observará lo siguiente: En la escala **Firmeza**, el grupo Sano obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Mórbido. Por otra parte, en la escala **Vacilación**, el grupo Mórbido obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Banalizador. Asimismo, el grupo Banalizador obtendrá un puntaje más elevado que el grupo Sano.

TABLA 23: Resumen de resultados One Way ANOVA en bipolaridad inseguridad-confianza

Vacilación	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	40,51	,017	,060
Banalizador	33,89		
Sano	30,42		

Firmeza	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	60,04	,226	,051
Banalizador	62,21		
Sano	65,68		

En la escala Firmeza, se encontraron diferencias no significativas ($p > 0,05$). Por su parte, en la escala de Vacilación, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) con varianzas homogéneas entre los 3 grupos (Levene $p > 0,05$), por lo tanto para establecer las comparaciones, se utilizaron las pruebas post hoc paramétricas.

TABLA 24: Resumen de resultados pruebas post hoc paramétricas Scheffé y Bonferroni en Escala Vacilación

	(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Scheffé	Mórbido	Banalizadores	6,614	,237
		Sano	10,087*	,018
	Banalizadores	Mórbido	-6,614	,237
		Sano	3,473	,656
	Sano	Mórbido	-10,087*	,018
		Banalizadores	-3,473	,656

Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	6,614	,270
		Sano	10,087*	,014
	Banalizadores	Mórbido	-6,614	,270
		Sano	3,473	1,000
	Sano	Mórbido	-10,087*	,014
		Banalizadores	-3,473	1,000

En función de las pruebas post-hoc, en la escala Vacilación existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el Grupo Sano el Grupo Mórbido. En función de las diferencias de medias, el grupo que presenta la mayor puntuación es el Mórbido, luego el Banalizador y con la menor puntuación el Sano. Por ende, la hipótesis específica planteada es **falsa**, ya que existen diferencias significativas sólo en la escala Intuición, no en la escala Vacilación.

La **hipótesis general** “Existen diferencias en los estilos de personalidad entre el grupo Mórbido, el grupo Banalizador y el grupo Sano”, es **verdadera**, ya que la hipótesis específica que hace alusión al estilo cuya bipolaridad subyacente es placer-dolor es verdadera.

Para dar cuenta de uno de los objetivos específicos planteados “Explorar estilos de personalidad no hipotetizados en el grupo Sano, en el grupo Banalizador y en el grupo Mórbido, mediante el MIPS”, se aplicó el análisis de varianza simple (One Way ANOVA) al resto de escalas no hipotetizadas.

TABLA 25: Resumen de resultados One Way ANOVA en bipolaridad intelecto-afecto

Reflexión	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	48,01	,277	,486
Banalizador	49,89		
Sano	54,10		

Afectividad	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	47,00	,008	,365
Banalizador	52,77		
Sano	40,00		

En la escala Reflexión, se encontraron diferencias no significativas ($p>0,05$). Por su parte, en la escala de Afectividad, se encontraron diferencias significativas ($p<0,05$) con varianzas homogéneas entre los 3 grupos (Levene $p>0,05$), por lo tanto para establecer las comparaciones, se utilizaron las pruebas post hoc paramétricas.

TABLA 26: Resumen de resultados pruebas post hoc paramétricas Scheffé y Bonferroni en Escala Afectividad

	(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Scheffé	Mórbido	Banalizadores	-5,768	,394
		Sano	7,000	,192
	Banalizadores	Mórbido	5,768	,394
		Sano	12,768*	,009
	Sano	Mórbido	-7,000	,192
		Banalizadores	-12,768*	,009
Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	-5,768	,519
		Sano	7,000	,209
	Banalizadores	Mórbido	5,768	,519
		Sano	12,768*	,006
	Sano	Mórbido	-7,000	,209
		Banalizadores	-12,768*	,006

En función de las pruebas post-hoc, en la escala Afectividad existen diferencias significativas ($p<0,05$) entre el Grupo Sano y el Grupo Banalizador. En función de las diferencias de medias, el grupo que presenta la mayor puntuación es el Banalizador, luego el Mórbido y con la menor puntuación el Sano.

TABLA 27: Resumen de resultados One Way ANOVA en bipolaridad asimilación-imaginación

Sistematización	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	61,59	,095	,359
Banalizador	51,73		
Sano	55,89		

Innovación	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	33,15	,010	,030
Banalizador	45,59		
Sano	34,88		

En la escala Sistematización, se encontraron diferencias no significativas ($p > 0,05$). Por su parte, en la escala de Innovación, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) con varianzas no homogéneas entre los 3 grupos (Levene $p < 0,05$), por lo tanto para establecer las comparaciones, se utilizó la prueba no paramétrica T3 de Dunnett.

TABLA 28: Resumen de resultados prueba post hoc no paramétrica T3 de Dunnett en Escala Innovación

(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Mórbido	Banalizadores	-12,434*	,005
	Sano	-1,722	,963
Banalizadores	Mórbido	12,434*	,005
	Sano	10,713*	,036
Sano	Mórbido	1,722	,963
	Banalizadores	-10,713*	,036

En función de la prueba T 3 de Dunnett, en la Escala Innovación existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el Grupo Mórbido y el Grupo Banalizador y entre el Grupo Sano y el Grupo Banalizador. En función de las diferencias de medias, el grupo que presenta la mayor puntuación es el Banalizador, luego el Sano y con la menor puntuación el Mórbido.

TABLA 29: Resumen de resultados One Way ANOVA en bipolaridades originalidad-acatamiento, sumisión-dominancia y descontento-afinidad

Discrepancia	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	31,85	0,70	,303
Banalizador	39,96		
Sano	35,98		

Conformismo	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	54,86	,334	,474
Banalizador	51,64		
Sano	56,91		

Sometimiento	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	20,10	,306	,025
Banalizador	22,05		
Sano	18,11		

Control	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	63,45	,437	,419
Banalizador	66,95		
Sano	67,90		

Insatisfacción	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	34,58	,931	,483
Banalizador	35,82		
Sano	34,53		

Concordancia	Media	Nivel de Significación	Significación de Levene
Mórbido	52,17	,102	,060
Banalizador	50,27		
Sano	44,58		

En las Escalas Discrepancia, Conformismo, Sometimiento, Control, Insatisfacción y Concordancia, se encontraron diferencias no significativas ($p > 0,05$).

CONCLUSIONES

Las conclusiones de la presente investigación serán ordenadas en tres grupos, para efectos de una mejor comprensión de las mismas.

I. INTERPRETACIONES A PARTIR DE LOS DATOS DESCRIPTIVOS

La prevalencia que los estudios previos sobre SII han entregado se ve reflejada en los datos descriptivos. Los datos muestran una proporción en cuanto a sexo de un 19,44% de hombres y un 41,14% de mujeres con diagnóstico de SII, lo cual resulta coincidente con los datos aportados con la revisión bibliográfica que arrojan una proporción 3 mujeres cada un hombre con diagnóstico SII.

En cuanto al nivel educacional de la muestra, se observa una mayor frecuencia en el nivel “Universitaria Incompleta”. Esto se podría explicar en función del método de recolección de datos utilizado en el estudio, el Efecto Bola de Nieve, en cuanto el grupo inicial de contacto estuvo mayoritariamente constituido por personas pertenecientes a este nivel educacional.

Al analizar la edad de la muestra, se observa que entre los 20 y los 27 años se concentra la mayor frecuencia (121 personas, un 42,8%). Esto tiene relación con lo explicitado en el párrafo anterior, en cuanto a que el nivel “Universitaria Incompleta” reporta la mayor frecuencia dentro del estudio y la edad de las personas que conforman este grupo habitualmente se encuentra entre los 18 y los 30 años.

Otro aspecto relevante a la hora de analizar los resultados descriptivos, reside en el hecho que dentro del grupo mórbido se encuentra un subgrupo no incluido en la clasificación final de los grupos de estudio. Dicho grupo está constituido por aquellas personas que si bien cuentan con diagnóstico médico, no cumplen cabalmente con los criterios diagnósticos Roma III y que corresponden al 29% del total del grupo mórbido. Una posible interpretación de esta situación reside en la génesis de los criterios diagnósticos Roma III. Estos surgen como criterios uniformadores de la sintomatología de los trastornos funcionales digestivos, fundamentalmente centrados hacia un norte investigativo y no en el ejercicio clínico.

II. INTERPRETACIONES DE LOS RESULTADOS A PARTIR DE LA TEORÍA DE MILLON

2.1 De la Contrastación de Hipótesis

El trabajo interpretativo fue efectuado, en un primer término, sobre la base de los resultados obtenidos en la Prueba T de Student para comparar las medias de los grupos “Síndrome de Intestino Irritable” y “Sano” y, en un segundo término, respecto a los resultados obtenidos en la Prueba de Análisis de Varianza Simple (One Way ANOVA) para comparar las medias de los grupos “Mórbido”, “Banalizador” y “Sano”.

En función de los resultados obtenidos y el cruce de los mismos con la Teoría de Millon, es posible identificar dos niveles de análisis. Un primer nivel referido a los Estilos Personológicos y un segundo nivel relativo a los Rasgos Personológicos. Ambos niveles aportan datos que se entrecruzan y enriquecen el análisis interpretativo desde la óptica del complejo personológico.

Resulta pertinente referirse en primer término, al estilo constituido por la bipolaridad Placer - Dolor, cuyas escalas corresponden a Apertura y Preservación. En función de los datos entregados por la Prueba T de Student, el Grupo Sano obtiene un puntaje más elevado en Apertura (70,74) en comparación al Grupo SII (66,82), determinando con ello una presencia moderada del rasgo en el Grupo SII y una presencia marcada en el Grupo Sano. Por su parte, el Grupo SII obtiene un puntaje más elevado en la escala Preservación (32,93) en comparación al Grupo Sano (26,89). Ello determina la ausencia del rasgo en ambos grupos. Al trasladar estos resultados al ANOVA, en la escala de Preservación los puntajes se ordenan decrecientemente con 35,59 para el Grupo Mórbido, 29,55 para el Grupo Banalizador y 26,89 para el Grupo Sano. Se aprecian diferencias significativas entre Grupo Sano y Mórbido. A nivel de estilo y comparando las dos escalas en su conjunto, puede apreciarse que el Grupo Sano es aquel que presenta una mayor tendencia al polo Placer, dado su alto puntaje en la escala Apertura y bajo puntaje en la escala Preservación. El Grupo Banalizador se ubica en una zona intermedia entre el Grupo Sano y el Mórbido; finalmente se ubica el Grupo Mórbido, que si bien muestra rasgo presente respecto a Apertura, presenta una mayor tendencia al polo Dolor respecto a los otros dos grupos. Por todo esto se cumple el continuo postulado en la hipótesis, con el Grupo Sano como aquel más abierto a la experiencia y el Grupo Banalizador compartiendo características de los otros dos grupos.

En segundo término, resulta relevante referirnos al estilo constituido por la bipolaridad Uno Mismo – Los Demás, cuyas escalas corresponden a Individualismo y Protección. En función de la Prueba T de Student, el Grupo SII obtiene un puntaje más elevado en la escala Protección (51,53) en comparación al Grupo Sano (40,96), lo cual determina la presencia moderada del rasgo Protección en el Grupo SII y la ausencia del mismo en el Grupo Sano. Cruzando estos datos con los obtenidos en el ANOVA, el Grupo Banalizador manifiesta la mayor presencia del rasgo Protección (53,84), luego el Grupo Mórbido (50,03) y finalmente el Grupo Sano (40,96). Este dato es consonante con lo establecido por la Prueba T, pues el Grupo Banalizador y el Grupo Mórbido considerados como conjunto, denotan una clara separación respecto al Grupo Sano. Por otra parte, el análisis en la Prueba T de la escala Individualismo, muestra un puntaje mayor para el Grupo Sano (62,57) respecto al Grupo SII (56,65), denotando ambos la presencia moderada del rasgo. El ANOVA de la escala Individualismo determina un orden decreciente de puntaje que ubica al Grupo Banalizador en el primer lugar (63,25), seguido del Grupo Sano (62,57) y del Grupo Mórbido (51,45). Sobre el particular, destaca el hecho que el Grupo Banalizador obtiene una media mayor que la obtenida por su grupo de referencia (Grupo SII), acercándose a la media del Grupo Sano y, por tanto, alejándose del Grupo SII. De esta forma, el Individualismo sería un rasgo distintivo del Grupo Banalizador en función de los otros dos grupos. Al situarnos en el marco de análisis del Estilo y comparando las dos escalas, tenemos que el Grupo Mórbido sería el grupo que presenta el mayor equilibrio entre ambos rasgos, es decir, el mayor equilibrio en el estilo, con los valores de ambas escalas cercanos a 50 (50,03 en Protección y 51,45 en Individualismo). Por otra parte, el Grupo Sano se ubica en el otro extremo de la bipolaridad Uno Mismo-Los Demás, tendiendo a inclinarla hacia el polo Uno Mismo de forma más marcada que los otros dos grupos, ya que presenta una puntuación baja en la escala Protección (rasgo ausente). Por otro lado, el Grupo Banalizador, si bien obtiene un puntaje más alto en la escala Individualismo, tendería a compensar este puntaje con su puntuación en la Escala Protección. De esta forma, el Grupo Banalizador tendería a comportarse de manera más similar al Grupo Sano. Ahora bien, dado que Mórbido y Banalizador constituyen un grupo diferenciado respecto al Grupo Sano (en la escala de Protección) y dado que el Grupo Banalizador se aleja en puntuación en la Escala Individualismo respecto a los otros dos grupos, es posible decir que el rasgo Protección sería una característica propia del SII, en cambio el rasgo Individualismo se constituiría como una característica distintiva de las personas del Grupo Banalizador.

Con respecto al estilo constituido por la bipolaridad Tangibilidad – Intangibilidad, cuyas escalas corresponden a Sensación e Intuición y en función de los datos entregados por la Prueba T de Student, el Grupo SII obtiene un puntaje más elevado en la escala Intuición (41,31) en comparación al Grupo Sano (32,67). Esto determina la ausencia del rasgo en ambos grupos. En lo concerniente a la otra escala de la bipolaridad, la escala de Sensación, el Grupo Sano obtiene una puntuación más elevada (67,80) que el Grupo SII (58,92), con presencia moderada del rasgo en ambos grupos. Vinculando estos datos con el ANOVA, la escala de Intuición revela diferencias significativas entre los tres grupos, lo que no ocurre con la escala de Sensación. En la escala de Intuición, por su parte, el Grupo Banalizador obtiene la mayor puntuación, con valores cercanos a la presencia moderada del rasgo (48,36). Posteriormente, en orden decreciente se ubica el Grupo Mórbido (35,76) y luego el Grupo Sano (32,77). Considerando la media del Grupo SII para esta escala (41,31), el Grupo Banalizador obtiene una media mayor que la obtenida por su grupo de referencia (Grupo SII). Este hecho permite suponer que el rasgo Intuición, manifestado con valores cercanos a la presencia moderada en el Grupo Banalizador, constituye un rasgo distintivo del mismo, que le permite diferenciarse de los Grupos Mórbido y Sano.

Con respecto al análisis de rasgos, se observa que tratándose de la escala Vacilación en la Prueba T, las personas del Grupo SII obtienen puntajes más altos (37,59) que las del Grupo Sano (30,42), con ausencia del rasgo en ambos casos. Al analizar la misma escala desde el ANOVA, el Grupo Mórbido es quien obtiene el mayor puntaje (40,51), seguido del Grupo Banalizador (33,89) y del Sano (30,42), todos con rasgo ausente. Resulta interesante vincular estos resultados con los datos aportados por las investigaciones previamente revisadas que relacionan Personalidad y Síndrome de Intestino Irritable, puesto que al establecerse una correlación entre el Rasgo Vacilación y el rasgo Neuroticismo del NEO-FFI (Castro Solano, 2004), es posible verificar los hallazgos de tales investigaciones respecto a un mayor neuroticismo del Grupo Mórbido en comparación con el Grupo Sano y, a la vez, un mayor neuroticismo de Mórbido y Banalizador, considerados como conjunto, respecto del Sano. Nótese que nuevamente es posible advertir el continuo postulado a nivel de hipótesis, que ubica al Grupo Banalizador en un punto intermedio entre Mórbido y Sano, lo cual no permite establecer con propiedad si el rasgo Vacilación se constituye como una característica propia del trastorno o como un elemento de la conducta ante el mismo.

Al margen del análisis desde la óptica de la contrastación de hipótesis, tanto la Prueba T como el ANOVA entregan información explorada que merece ser interpretada. El Grupo SII obtiene un media elevada en la escala Afectividad y cercana al indicador de presencia del Rasgo (49,59). Vinculando esta última información con lo aportado por el ANOVA respecto a la misma escala, se tiene que el Grupo Banalizador obtiene la media más alta (52,77), luego Mórbido (47,00) y finalmente Sano (40,00). Aquí, el Grupo Banalizador manifiesta el rasgo como presente, diferenciándose del Grupo Sano. Considerando la media del Grupo SII para esta escala (49,59), el Grupo Banalizador obtiene una media mayor que la obtenida por su grupo de referencia (Grupo SII). Esto permite inferir que la presencia del rasgo Afectividad podría constituir un rasgo distintivo del Grupo Banalizador.

Con respecto a la escala Concordancia, el Grupo SII obtiene una media más alta (51,33) respecto al Grupo Sano (44,58), con rasgo presente para SII. No se obtiene significación estadística en la Prueba T para la escala que completa el estilo (Insatisfacción). Situación similar ocurre a nivel de ANOVA, no encontrándose significación ni para Concordancia ni para Insatisfacción en cuanto a la comparación de medias para los tres grupos. Esto quiere decir que el rasgo Concordancia constituye un rasgo presente en el Grupo SII y no así en el Sano. Se podría especular que el rasgo Concordancia constituiría una característica propia de este grupo.

En lo referente a la escala Innovación, el ANOVA determina una media más elevada para esta escala en el Grupo Banalizador (45,59), luego Sano (34,88) y finalmente Mórbido (33,15), todos con rasgo ausente. No es posible efectuar comparación con la escala Sistematización por carecer ésta de significación estadística. Si bien no es posible efectuar comparación a nivel de estilo, sí es posible denotar una diferenciación del Grupo Banalizador respecto de los otros dos grupos en la escala Innovación; desde esta perspectiva, la cercanía del Grupo Banalizador a la presencia del rasgo constituiría un factor diferenciador de este grupo con respecto a los otros dos.

2.3 Integración de Resultados

Habiendo efectuado el análisis desde la perspectiva de estilos y rasgos, se considera pertinente la integración de esta información al nivel de las grandes dimensiones propuestas por Millon en el MIPS, es decir, Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Conductas Interpersonales. A nivel de **Metas Motivacionales**, el Grupo SII

se diferencia del Grupo Sano en cuanto a tender a la búsqueda activa del placer, en tanto que el Grupo SII tiende a una mayor evitación pasiva del dolor. En este sentido, el Grupo Banalizador se ubicaría en un continuo compartiendo características de ambos grupos. Por otro lado, el Grupo SII tiende hacia el polo Los Demás, en cuanto exhibir mayor preocupación respecto a la satisfacción de las necesidades de los demás respecto a las propias. Lo contrario sucede con el Grupo Sano, que denota una tendencia al polo Uno Mismo, exhibiendo una mayor preocupación por la satisfacción de las necesidades propias. En esta misma línea, el Grupo Banalizador presentaría un mayor equilibrio en cuanto a la satisfacción de las propias necesidades y la los demás.

A nivel de los **Modos Cognitivos**, el Grupo Sano tiende a obtener información desde los datos tangibles y concretos, lo que proviene de una tendencia de este grupo a inclinar la bipolaridad Tangibilidad - Intangibilidad hacia el polo Tangibilidad. Por su parte, el Grupo Banalizador presentaría un mayor equilibrio entre ambos polos de la bipolaridad, sin embargo, exhibiría cierta tendencia a inclinarla hacia el polo de la Intangibilidad, lo que se refleja en una tendencia a obtener información desde lo simbólico y lo desconocido. Desde la óptica del procesamiento de la información, con respecto a la bipolaridad Intelecto - Afecto, el Grupo SII tendería en mayor medida a mostrar el polo afecto, lo que se ve reflejado en una tendencia a formar juicios a partir de las propias reacciones afectivas frente a las circunstancias. En este sentido, el Grupo Banalizador presentaría una mayor tendencia a exhibir este rasgo en comparación a los otros grupos. Dentro de esta misma óptica, al considerar la bipolaridad asimilación – imaginación, nos encontramos que el Grupo Banalizador tendería a mostrar en mayor medida el polo Imaginación, lo que se ve reflejado en una tendencia a formar nuevas e imaginativas construcciones cognitivas explorando medios novedosos de estructurarlas.

A nivel de las **Conductas Interpersonales**, en cuanto a la bipolaridad Inseguridad – Confianza, el Grupo SII tendería a mostrar en mayor medida el polo Inseguridad, lo que se traduce en una mayor inseguridad o poca confianza en sí mismos en comparación al Grupo Sano. Por su parte, el Grupo Banalizador compartiría características de los grupos Sano y Mórbido en cuanto a ubicarse al medio del continuo de este polo. Por otro lado, en la bipolaridad Descontento – Afinidad, el Grupo SII presentaría una mayor tendencia a presentar el polo Afinidad, lo que se manifestaría en una tendencia a ser agradable en el trato y actuar de modo condescendiente, afable y pacífico.

2.3. Implicancias Personológicas de los Resultados en los Grupos de Estudio

A partir de lo expuesto en los apartados anteriores, es posible concluir que se pueden identificar características personológicas distintivas en el Grupo SII y Banalizador. Por otro lado, es posible identificar también características personológicas compartidas en el Grupo Mórbido y Banalizador. En primer lugar, se expondrán las características propias de Grupo SII, luego las compartidas entre el Grupo Banalizador y el Mórbido y finalmente, las distintivas del Grupo Banalizador.

Las características que serían propias del Grupo SII (rasgos de personalidad que afectan el curso del síndrome) se relacionarían con una mayor puntuación en Protección, Afectividad y Concordancia. Desde un punto de vista personológico, esto implicaría que las personas que componen este grupo presentarían características tales como una motivación para hacerse cargo del bienestar y los deseos de otros, en desmedro de una preocupación por las necesidades propias. Entablarían relaciones cálidas, íntimas y afectuosas. Se guiarían principalmente por sus valores y metas personales, formando sus juicios en consideración de sus propias reacciones afectivas frente a las circunstancias, por lo que, habitualmente, reaccionarían de forma “visceral”. En función de esto, se podría especular que las personas pertenecientes a este grupo, eventualmente no tomarían en cuenta elementos de índole racional que podrían ayudar a tomar en cuenta posibles elementos ambientales estresantes que repercuten en la manifestación de la sintomatología asociada al SII. Por su parte estas personas se mostrarían maleables ante los demás, ocultando sus sentimientos negativos, en especial cuando estos sentimientos pueden parecer censurables a las personas que quieren agradar.

Por otra parte, las características que serían compartidas tanto por el Grupo Mórbido como el Grupo Banalizador y de las cuales no es posible especular si son características propias del trastorno o de la conducta ante él, se relacionarían con la escala Vacilación y Apertura. Existiendo un continuo en el que al parecer, a mayor puntuación en la escala Vacilación, existiría una mayor probabilidad de presentar SII y consultar al médico. Lo contrario sucede con la escala de Apertura, en la que a mayor puntuación existiría menor probabilidad de presentar SII y de consultar por esta sintomatología. Desde un punto de caracterológico, la escala Vacilación implica experimentar nerviosismo en situaciones sociales, sentir inseguridad y actuar con cautela en situaciones sociales o interpersonales novedosas. Por otra parte la escala de Apertura habla de personas con cierta tendencia a ver el lado bueno de las cosas, ser optimistas

en cuanto a las posibilidades que ofrece el futuro y presentar conductas destinadas a promover y enriquecer la vida.

Finalmente, las personas que componen el Grupo Banalizador presentarían ciertas características distintivas que se desprenderían de rasgos presentes en las escalas Individualismo, Intuición, Afectividad e Innovación. Estas personas tenderían a ser más independientes que aquellas que consultan, tomando decisiones de forma autónoma. Controlarían sus vidas y regularían sus experiencias con poca interferencia ajena, privilegiando como fuente de conocimiento la información intangible, inestructurada y ambigua. Evaluarían subjetivamente y formarían sus juicios tomando en consideración sus propias reacciones afectivas, en general, serían personas conscientes de lo que les pasa. Tenderían a buscar soluciones creativas, por lo cual se podría especular que, al tomar conciencia de lo que les pasa, intentarían buscar medios alternativos en pos de intentar sobrellevar la sintomatología del Síndrome Intestino Irritable. Las características anteriormente expuestas actuarían a manera de recurso personal en orden a un mejor enfrentamiento de síntomas vinculados al Síndrome Intestino Irritable, en comparación al Grupo Mórbido.

III. DISCUSIÓN Y PROPUESTAS PARA TRABAJOS POSTERIORES

Un aspecto importante a considerar dice relación con los casos excluidos de la muestra final seleccionada. Cabe recordar que la muestra final recolectada estuvo compuesta por 283 personas y, por su parte, la muestra final seleccionada comprendió 208 personas, las que finalmente fueron objeto de todo el análisis inferencial de la investigación. No obstante lo anterior, resulta interesante efectuar un análisis sobre estos 75 casos que son excluidos de la muestra final seleccionada.

Recordemos que de estos 75 casos, dos son descartados por carecer de los datos relativos al cuestionario diagnóstico Roma III y pasaron a conformar la categoría de “datos perdidos”. Los restantes 73 casos son excluidos por efecto de la aplicación de los índices de validez del MIPS. Con respecto a esto último conviene hacer algunas precisiones. En primer lugar, el índice Consistencia invalida el perfil si su magnitud no es superior a 2 y tal situación se presentó en 40 casos. El índice de Ajuste, si bien no es capaz por sí solo de invalidar el perfil del MIPS, fue utilizado como factor de exclusión de eventual psicopatología. El número total descartado por índice de Ajuste asciende a 32 casos. Cabe señalar que el presente estudio se enfoca en la esfera de la personalidad normal y

si bien no es posible calificar a estos 32 casos como psicopatológicos, existe un antecedente psicométrico que sería indiciario de tal condición. Ahora bien, de haber sido incluidos estos 32 casos en la muestra final seleccionada, su distribución hubiera sido la siguiente: 13 mórbidos, 12 banalizadores y 7 sanos. Podemos observar una predominancia en la frecuencia del grupo mórbido por sobre los banalizadores y por sobre los sanos. Esta prevalencia indicaría la necesidad de realizar un estudio posterior que permita establecer con mayor precisión qué tipo de psicopatología es la que se encuentra incidiendo en este grupo Mórbido ya que, adicionalmente, este antecedente podría ser un factor de relevancia a la hora de determinar la consulta o no consulta por la sintomatología del SII. En una eventual investigación posterior sobre este tema y siguiendo la línea teórica propuesta por Millon (en cuanto a continuidad entre personalidad normal y psicopatología), se hace pertinente la utilización del MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon, Tercera Versión) a fin de verificar con mayor pertinencia si las eventuales psicopatologías intervinientes se vinculan mayormente con el Eje I o con el Eje II del DSM-IV.

Un punto que cabe destacar en la presente investigación reside en el hecho que, al describir rasgos del grupo Banalizador en términos de características personológicas, dichas características pasarían a constituir recursos personales que este grupo utilizaría para afrontar la sintomatología asociada al SII de forma más adecuada. Esto es consecuente con los lineamientos teóricos de la Psicología Positiva (Mahoney, 2006). Dicha corriente busca estudiar las bases del bienestar humano en cuanto a aspectos saludables, interesándose además por los recursos que movilizan las personas para salir adelante de sus problemas. En esta misma línea, la presente investigación permite dar cuenta de ciertas características personológicas que le permitirían al Grupo Banalizador no consultar al médico, sin embargo, no es posible pronunciarse acerca de las características personológicas que contribuirían a que el Grupo Mórbido consulte.

Analizando las consideraciones efectuadas sobre el grupo Banalizador a lo largo de esta investigación, resultaría pertinente aislar con mayor acuciosidad o detalle las características del comportamiento de este grupo ante el trastorno o, mirando el mismo tema desde el punto de vista opuesto, intentar determinar con mayor precisión qué factores, en definitiva, llevan a las personas del Grupo Mórbido a consultar por la sintomatología del SII. Para todas estas temáticas, resultaría apropiado utilizar en una futura investigación el Inventario Millon de Conductas de Salud (MBHI), sustentado en el mismo eje teórico que se ha venido desarrollando a lo largo del presente trabajo.

Finalmente y considerando nuevamente las características e implicancias descritas para el Grupo Banalizador en la presente investigación, es postulable desarrollar líneas investigativas desde la perspectiva de la psicodinámica de Millon, tendientes a la posibilidad de desarrollar en el Grupo Mórbito los recursos o estrategias que disponen las personas del Grupo Banalizador, por medio de la Psicoterapia Integradora, a fin de que quienes padecen de SII y consultan por su sintomatología asociada, adopten nuevos recursos que les permitan afrontar de mejor manera el trastorno en cuestión.

ANEXOS

Tabla Anexa 1: Comparación entre los distintos criterios diagnósticos del SII. Tomado de Mearin F.

Manning	Roma I	Roma I modificados (Drossman)	Roma II
<p>Más de dos o tres de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal que mejora con la deposición • Deposiciones blandas en relación con el dolor • Mayor número de deposiciones en relación con el dolor • Distensión abdominal • Presencia de moco en las deposiciones • Sensación de evacuación incompleta 	<p>Síntomas continuos o recurrentes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal que mejora con la deposición, o se asocia a un cambio en la frecuencia, o a un cambio en la consistencia de las heces; <p><i>y/o</i></p> <p>Dos o más de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la frecuencia deposicional • Alteración en la consistencia de las heces • Alteraciones de la deposición (esfuerzo, urgencia, sensación de evacuación incompleta) • Moco en las heces <p><i>habitualmente con</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hinchazón o sensación de distensión abdominal 	<p>Síntomas continuos o recurrentes durante al menos 3 meses de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor o malestar abdominal que mejora con la deposición, o se asocia a un cambio en la frecuencia, o a un cambio en la consistencia de las heces; <p><i>y</i></p> <p>Alteraciones en la deposición al menos un 25% de las ocasiones (tres o más de):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la frecuencia deposicional • Alteración en la consistencia de las heces • Alteraciones de la deposición (esfuerzo, urgencia, sensación de evacuación incompleta) • Moco en heces • Hinchazón o sensación de distensión abdominal 	<p>Al menos 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en los 12 meses anteriores de malestar o dolor abdominal junto con dos o más de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoría con la deposición • Asociado a un cambio en la frecuencia de las deposiciones • Asociado a un cambio en la consistencia de las deposiciones

Tabla Anexa 2: Ocho patrones básicos de la personalidad con respecto a las 3 polaridades propuestas por Freud. Tomado de Sánchez, R. O. (2003).

Tabla 2 – Los 8 patrones básicos de personalidad con respecto a las tres polaridades (adaptado de Widiger, 1999)

Activo				Pasivo			
Yo		Otros		Yo		Otros	
Dolor	Placer	Placer	Dolor	Dolor	Placer	Placer	Dolor
Activo – Retraído (evitativo)	Activo – Independiente (antisocial)	Activo – Dependiente (histriónico)		Pasivo – Retraído (esquizoide)	Pasivo – Independiente (narcisista)	Pasivo – Dependiente (dependiente)	
	Activo – Ambivalente (pasivo-agresivo)			Pasivo – Ambivalente (compulsivo)			

Tabla Anexa 3: Patrones de la personalidad en función del Modelo Evolutivo. Tomado de Sánchez, R.O. (2003).

Tabla 3 – Representación de los trastornos de personalidad del DSM-III-R con respecto al Modelo Evolutivo

Polaridad	Objetivos de existencia		Estrategias de replicación			
	Mejoramiento de la vida	Preservación de la vida	Propagación reproductiva		Protección reproductiva	
	Placer – Dolor		Yo – Otros			
Deficiencia patológica, desbalance o conflicto	Placer – Dolor – +	Placer Dolor	Yo – Otros +	Yo + Otros –	Yo Otros	
Modo de adaptación	Trastorno de personalidad DSM-III-R					
Pasivo: acomodación	Esquizoide	Auto-agresivo	Dependiente	Narcisista	Compulsivo	
Activo: modificación	Evitativo	Sádico	Histriónico	Antisocial	Pasivo-agresivo	
Disfuncional	Esquizotípico	Límite - Paranoide	Límite	Paranoide	Límite - Paranoide	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Investigadores Responsables: Psicólogos en proceso de titulación de la Universidad de Valparaíso:

Paul André Betancourt Escarpentier.
Renzo Carlo Lanfranco Guevara.
Danilo Orlando Moggia Narváez.
Jorge Andrés Muñoz Rodríguez.

Título del Protocolo: Este proyecto pretende describir y comparar Estilos de Personalidad que puedan existir entre personas que presentan problemas al colon o síntomas relacionados al Colon Irritable y personas que no presentan estos síntomas.

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación que está estudiando *Estilos de Personalidad relacionados con el Síndrome de Intestino Irritable*. Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo en contestar dos cuestionarios: uno relacionado a mis síntomas y otro relacionado con mi personalidad.

Yo entiendo que:

- a) No existen posibles riesgos en los procedimientos.
- b) El tiempo requerido para contestar los cuestionarios de este estudio será de aproximadamente 30 minutos.
- c) El beneficio que tendré en este estudio es la obtención de información acerca del manejo del Colon Irritable, por medio de material escrito.
- d) Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en este estudio deberá ser contestada por él/los investigador(es) responsable(s).
- e) Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado/a a dar razones y sin que esto me perjudique en mi calidad de paciente o usuario/a.
- f) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelado y mis datos clínicos y experimentales permanecerán en forma confidencial, a menos que mi identidad sea solicitada por ley.
- g) Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

FIRMA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO ROMA III
MÓDULO SII

<i>Preguntas</i>	<i>Respuestas</i>	
1. ¿En los últimos 3 meses, con que frecuencia tenía [sentía] Ud. malestar [molestias] o dolor en cualquier parte de su abdomen?	(0) Nunca → No siga contestando (1) Menos de un día al mes (2) Un día al mes (3) Dos o tres días por mes (4) Un día a la semana (5) Más de un día a la semana (6) Cada día	
2. Para mujeres: ¿este malestar o dolor ocurría solamente durante la menstruación [período menstrual, sangrado menstrual, regla] y no en otros momentos?	(0) No (1) Si (2) No se aplica porque ya no tengo la menstruación (menopausia), o soy varón	
3. ¿Ha tenido Ud. este malestar o dolor por 6 meses o más?	(0) No (1) Si	
4. ¿Con que frecuencia se mejoraba o se desaparecía este malestar o dolor después de defecar [evacuar, obrar, hacer una deposición]?	(0) Nunca o raramente (1) Algunas veces (2) A menudo (3) La mayoría del tiempo (4) Siempre	
5. ¿Cuando este malestar o dolor empezaba [comenzaba], tenía Ud. evacuaciones más frecuentes?	(0) Nunca o raramente (1) Algunas veces (2) A menudo (3) La mayoría del tiempo (4) Siempre	
6. ¿Cuando este malestar o dolor empezaba [comenzaba], tenía Ud. evacuaciones menos frecuentes?	(0) Nunca o raramente (1) Algunas veces (2) A menudo (3) La mayoría del tiempo (4) Siempre	
7. ¿Cuando este malestar o dolor empezaba [comenzaba], sus heces [evacuaciones, deposiciones] eran más flojas [sueltas]?	(0) Nunca o raramente (1) Algunas veces (2) A menudo (3) La mayoría del tiempo (4) Siempre	
8. ¿Cuando este malestar o dolor empezaba [comenzaba], con que frecuencia tenía Ud. evacuaciones más duras?	(0) Nunca o raramente (1) Algunas veces (2) A menudo (3) La mayoría del tiempo (4) Siempre	
9. ¿En los últimos 3 meses, con que frecuencia ha tenido Ud. deposiciones [heces] duras o en bolitas [apelotadas, caprinas, grumos grandes]?	(0) Nunca o raramente (1) Algunas veces (2) A menudo (3) La mayoría del tiempo (4) Siempre	(0) Nunca o raramente (rara vez) (1) Un 25% del tiempo (2) Un 50% del tiempo (3) Un 75% del tiempo (4) Siempre, 100% del tiempo

DATOS PERSONALES

Le recordamos que estos datos son completamente confidenciales.

Sexo : ____ masculino ____ femenino (marque con una X)

Edad : _____ años (complete)

Estado Civil : ____ soltero(a) ____ casado(a) ____ viudo(a) (marque con un a X)

Ocupación : _____ (complete)

Nivel Educativo: a) Básica incompleta (marque con una X)
b) Básica completa
c) Media incompleta
d) Media completa
e) Técnica profesional incompleta
f) Técnica profesional completa
g) Universitaria incompleta
h) Universitaria completa

¿Alguna vez ha recibido tratamiento(s) psiquiátrico y/o psicológico? ____ Sí ____ No

¿Cuándo? _____

¿Por qué motivos? _____

MIPS

A Continuación hay una lista de frases. Léalas atentamente y piense si lo que dicen describe o no su forma de ser.

Si usted está de acuerdo, marque su respuesta con una **V (verdadero)**.

Si usted está en desacuerdo, piensa que no describe su forma de ser, marque **F (falso)**.

No deje alternativas sin contestar

Trate de ser lo mas sincero posible. No hay respuestas correctas o incorrectas.

- | | | | | |
|--|-----|-----|---|-----|
| 1. Soy una persona tranquila y colaboradora. | (V) | (F) | 17. A menudo estoy disgustado por la forma en que se hacen las cosas. | (V) |
| 2. Siempre hice lo que quise y asumí las consecuencias. | (V) | (F) | 18. A menudo espero que me pase lo peor. | (V) |
| 3. Me gusta hacerme cargo de una tarea. | (V) | (F) | 19. Me preocuparía poco no tener muchos amigos. | (V) |
| 4. Tengo una manera habitual de hacer las cosas, con lo que evito equivocarme. | (V) | (F) | 20. Soy tímido e inhibido en situaciones sociales. | (V) |
| 5. Contesto las cartas el mismo día que las recibo. | (V) | (F) | 21. Aunque esté en desacuerdo, por lo general, dejo que la gente haga lo que quiere. | (V) |
| 6. A veces me las arreglo para arruinar las cosas buenas que me pasan. | (V) | (F) | 22. Es imposible pretender que las personas digan siempre la verdad. | (V) |
| 7. Ya no me entusiasman muchas cosas como antes. | (V) | (F) | 23. Puedo hacer comentarios desagradables si considero que la personase los merece. | (V) |
| 8. Preferiría ser un seguidor más que un líder. | (V) | (F) | 24. Me gusta cumplir con lo establecido y hacer lo que se espera de mí. | (V) |
| 9. Me esfuerzo para tratar de ser popular. | (V) | (F) | 25. Muy poco de lo que hago es valorado por los demás. | (V) |
| 10. Siempre he tenido talento para lograr éxito en lo que hago. | (V) | (F) | 26. Casi todo lo que intento hacer me resulta fácil. | (V) |
| 11. Con frecuencia me doy cuenta de que he sido tratado injustamente. | (V) | (F) | 27. En los últimos tiempos me he convertido en una persona más encerrada en sí misma. | (V) |
| 12. Me siento incómodo cuando me tratan con bondad. | (V) | (F) | 28. Tiendo a dramatizar lo que me pasa. | (V) |
| 13. Con frecuencia me siento tenso en situaciones sociales. | (V) | (F) | 29. Siempre trato de hacer lo que es correcto. | (V) |
| 14. Creo que la policía abusa del poder que tiene. | (V) | (F) | 30. Dependo poco de la amistad de los demás. | (V) |
| 15. Algunas veces he tenido que ser algo rudo con la gente. | (V) | (F) | 31. Nunca he estado estacionado por más tiempo del que un parquímetro establecía como | (V) |

16.	Los niños deben obedecer siempre las indicaciones de sus mayores.	(V)	(F)	32.	Los castigos nunca me impidieron hacer lo que quiero.	(V)
33.	Me gusta acomodar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles.	(V)	(F)	49.	Con frecuencia me he sentido inquieto, con ganas de dirigirme hacia cualquier otro lado.	(V)
34.	A menudo los demás logran molestarme.	(V)	(F)	50.	Creo que lo mejor es controlar nuestras emociones.	(V)
35.	Jamás he desobedecido las indicaciones de mis padres.	(V)	(F)	51.	Desearía que la gente no me culpara a mí cuando algo sale mal.	(V)
36.	Siempre logro conseguir lo que quiero, aunque tenga que presionar a los demás.	(V)	(F)	52.	Creo que yo soy mi peor enemigo.	(V)
37.	Nada es más importante que proteger la reputación personal.	(V)	(F)	53.	Tengo pocos lazos afectivos fuertes con otras personas.	(V)
38.	Creo que los demás tienen mejores oportunidades que yo.	(V)	(F)	54.	Me pongo ansioso si estoy con personas que no conozco bien.	(V)
39.	Ya no expreso lo que realmente siento.	(V)	(F)	55.	Es correcto tratar de burlar la ley, sin dejar de cumplirla.	(V)
40.	Es improbable que lo que tengo para decir interese a los demás.	(V)	(F)	56.	Hago mucho por los demás, pero hacen poco por mí.	(V)
41.	Me esfuerzo por conocer gente interesante y tener aventuras.	(V)	(F)	57.	Siempre he sentido que las personas no tienen una buena opinión de mí.	(V)
42.	Me tomo con poca seriedad las responsabilidades que tengo.	(V)	(F)	58.	Me tengo mucha confianza.	(V)
43.	Soy una persona dura, poco sentimental.	(V)	(F)	59.	Sistemáticamente ordeno mis papeles y materiales de trabajo.	(V)
44.	Pocas cosas en la vida pueden conmoverme.	(V)	(F)	60.	Mi experiencia me ha enseñado que las cosas buenas duran poco.	(V)
45.	Me tensiona mucho el tener que conocer y conversar con gente nueva.	(V)	(F)	61.	Algunos dicen que me gusta hacerme la víctima.	(V)
46.	Soy una persona cooperativa que se subordina a los demás.	(V)	(F)	62.	Me siento mejor cuando estoy solo.	(V)

47.	Actúo en función del momento, de las circunstancias.	(V)	(F)	63.	Me pongo más tenso que los demás frente a situaciones nuevas.	(V)
48.	En general, primero planifico y luego sigo activamente el plan trazado.	(V)	(F)	64.	Generalmente trato de evitar las discusiones, por más que esté convencido de tener razón.	(V)
66.	Hubo épocas en que mis padres tuvieron problemas por mi comportamiento.	(V)	(F)	65.	Busco situaciones novedosas y excitantes para mí.	(V)
67.	Siempre termino mi trabajo antes de descansar.	(V)	(F)	81.	Siempre puedo ver el lado positivo de la vida.	(V)
68.	Otros consiguen cosas que yo no logro.	(V)	(F)	82.	A menudo espero que alguien solucione mis problemas.	(V)
69.	A veces siento que merezco ser infeliz.	(V)	(F)	83.	Hago lo que quiero, sin pensar cómo va a afectar a otros.	(V)
70.	Espero que las cosas tomen su curso antes de decidir qué hacer.	(V)	(F)	84.	Reacciono con rapidez ante cualquier situación que pueda llegar a ser un problema para mí.	(V)
71.	Me ocupo más de los otros que de mí mismo.	(V)	(F)	85.	Sólo me siento una buena persona cuando ayudo a los demás.	(V)
72.	A menudo creo que mi vida va de mal en peor.	(V)	(F)	86.	Si algo sale mal, aunque no sea muy importante, se me arruina el día.	(V)
73.	El solo estar con otras personas me hace sentir inspirado.	(V)	(F)	87.	Disfruto más de mis fantasías que de la realidad.	(V)
74.	Cuando manejo siempre controlo las señales sobre límites de velocidad y cuidado de no excederme.	(V)	(F)	88.	Me siento satisfecho con dejar que las cosas ocurran sin interferir.	(V)
75.	Uso mi cabeza y no mi corazón para tomar decisiones.	(V)	(F)	89.	Trato de ser más lógico que emocional.	(V)
76.	Me guío por mis intuiciones más que por la información que tengo	(V)	(F)	90.	Prefiero las cosas que se pueden ver y tocar antes que las que sólo se imaginan.	(V)
				91.	Me resulta difícil ponerme a conversar con alguien que acabo	(V)

	sobre algo.				de conocer.	
77.	Jamás envidio los logros de los otros.	(V)	(F)	92.	Ser afectuoso es más importante que ser frío y calculador.	(V)
78.	En la escuela, me gustaron más las materias prácticas que las teóricas.	(V)	(F)	93.	Las predicciones sobre el futuro son más interesantes para mí que los hechos del pasado.	(V)
79.	Planifico las cosas con anticipación y actúo enérgicamente para que mis planes se cumplan.	(V)	(F)	94.	Me resulta fácil disfrutar de las cosas.	(V)
80.	Mi corazón maneja mi cerebro.	(V)	(F)	95.	Me siento incapaz de influir sobre el mundo que me rodea.	(V)
96.	Vivo en términos de mis propias necesidades, no basado en las de los demás.	(V)	(F)	111.	Aun cuando todo está bien, generalmente pienso en que pronto va a empeorar.	(V)
97.	No espero que las cosas pasen, hago que sucedan como yo quiero.	(V)	(F)	112.	Planifico con cuidado mi trabajo antes de empezar a hacerlo.	(V)
98.	Evito contestar mal aun cuando estoy muy enojado.	(V)	(F)	113.	Soy impersonal y objetivo al tratar de resolver un problema.	(V)
99.	La necesidad de ayudar a otros guía mi vida.	(V)	(F)	114.	Soy una persona realista a la que no le gustan las especulaciones.	(V)
100.	A menudo me siento muy tenso, a la espera de que algo salga mal.	(V)	(F)	115.	Algunos de mis mejores amigos desconocen realmente lo que yo siento.	(V)
101.	Aún cuando era muy joven, jamás intenté copiar en un examen.	(V)	(F)	116.	La gente piensa que soy una persona más racional que afectiva.	(V)
102.	Siempre soy frío y objetivo al tratar con la gente.	(V)	(F)	117.	Mi sentido de realidad es mejor que mi imaginación.	(V)
103.	Prefiero aprender a manejar un aparato antes que especular sobre por qué funciona de ese modo.	(V)	(F)	118.	Primero me preocupo por mí y después por los demás.	(V)
104.	Soy una persona difícil de conocer bien.	(V)	(F)	119.	Dedico mucho esfuerzo a que las cosas me salgan bien.	(V)
105.	Paso mucho tiempo pensando	(V)	(F)	120.	Siempre mantengo mi	(V)

	en los misterios de la vida.				compostura, sin importar lo que esté pasando.		
106.	Manejo con facilidad mi cambio en los estados de ánimo.	(V)	(F)	121.	Demuestro mucho afecto hacia mis amigos.	(V)	
107.	Soy algo pasivo y lento en temas relacionados con la organización de mi vida.	(V)	(F)	122.	Pocas cosas me han salido bien.	(V)	
108.	Hago lo que quiero sin importarme el complacer a otros.	(V)	(F)	123.	Me gusta conocer gente nueva y saber cosas sobre sus vidas.	(V)	
109.	Jamás haré algo malo, por más fuerte que sea la tentación de hacerlo.	(V)	(F)	124.	Soy capaz de ignorar aspectos emocionales y afectivos en mi trabajo.	(V)	
110.	Mis amigos y familiares recurren a mí para encontrar afecto y apoyo.	(V)	(F)	125.	Prefiero ocuparme de realidades más que de posibilidades.	(V)	
126.	Necesito mucho tiempo para poder estar a solas con mis pensamientos.	(V)	(F)	141.	No me satisface dejar que las cosas sucedan y simplemente contemplarlas.	(V)	
127.	Los afectos del corazón son más importantes que la lógica de la mente.	(V)	(F)	142.	No me atrae conocer gente nueva.	(V)	
128.	Me gustan más los soñadores que los realistas.	(V)	(F)	143.	Pocas veces sé cómo mantener una conversación.	(V)	
129.	Soy más capaz que los demás de reírme de los problemas.	(V)	(F)	144.	Siempre tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas.	(V)	
130.	Creo que es poco lo que puedo hacer yo, así que prefiero esperar a ver qué pasa.	(V)	(F)	145.	Confío más en mis intuiciones que en mis observaciones.	(V)	
131.	Nunca me pongo a discutir, aunque esté muy enojado.	(V)	(F)	146.	Trato de no actuar hasta saber qué van a hacer los demás.	(V)	
132.	Expreso lo que pienso de manera franca y abierta.	(V)	(F)	147.	Me gusta tomar mis propias decisiones, evitando los consejos de otros.	(V)	
133.	Me preocupo por el trabajo que hay que realizar y no por lo que	(V)	(F)	148.	Muchas veces me siento muy mal sin saber por qué.	(V)	

	siente la gente que participa de su realización.					
134.	Trabajar con ideas creativas sería lo ideal para mí.	(V)	(F)	149.	Me gusta ser muy popular, participar en muchas actividades sociales.	(V)
135.	Soy el tipo de persona que no se toma la vida muy en serio, prefiero ser más espectador que actor.	(V)	(F)	150.	Raramente cuento a otros lo que pienso.	(V)
136.	Me desagrada depender de alguien en mi trabajo.	(V)	(F)	151.	Me entusiasman casi todas las actividades que realizo.	(V)
137.	Trato de asegurar que las cosas salgan como yo quiero.	(V)	(F)	152.	En mí es una práctica constante depender de mí mismo y no de otros.	(V)
138.	Disfruto más de las realidades concretas que de las fantasías.	(V)	(F)	153.	La mayor parte del tiempo la dedico a organizar los acontecimientos de mi vida.	(V)
139.	Montones de hechos pequeños me ponen de mal humor.	(V)	(F)	154.	No hay nada mejor que el afecto que se siente estando en medio del grupo familiar.	(V)
140.	Aprendo mejor observando y hablando con la gente.	(V)	(F)			
155.	Algunas veces estoy tenso o deprimido sin saber por qué.	(V)	(F)	168.	Me gustan los trabajos en los que hay que prestar mucha atención a los detalles.	(V)
156.	Disfruto conversando sobre temas o sucesos míticos.	(V)	(F)	169.	Soy muy introspectivo, siempre trato de entender mis pensamientos y emociones.	(V)
157.	Decido cuáles son las cosas prioritarias y luego actúo firmemente para poder lograrlas.	(V)	(F)	170.	Confío mucho en mis habilidades sociales.	(V)
158.	No dudo en orientar a las personas hacia lo que creo que es mejor para ellas.	(V)	(F)	171.	Generalmente puedo evaluar las situaciones rápidamente, y actuar para que las cosas salgan como yo quiero.	(V)
159.	Me enorgullece ser eficiente y organizado.	(V)	(F)	172.	En una discusión soy capaz de persuadir a casi todos para que apoyen mi posición.	(V)
160.	Me desagradan las personas	(V)	(F)	173.	Soy capaz de llevar a cabo	(V)

que se convierten en líderes sin razones que lo justifiquen.			cualquier trabajo, pese a los obstáculos que puedan presentarse.		
161.	Soy ambicioso.	(V) (F)	174.	Como si fuera un buen vendedor, puedo influir sobre los demás exitosamente, con modales agradables.	(V)
162.	Sé cómo seducir a la gente.	(V) (F)	175.	Conocer gente nueva es un objetivo importante para mí.	(V)
163.	La gente puede confiar que voy a hacer bien mi trabajo.	(V) (F)	176.	Al tomar decisiones creo que lo más importante es pensar en el bienestar de la gente involucrada.	(V)
164.	Los demás me consideran una persona más afectiva que racional.	(V) (F)	177.	Tengo paciencia para realizar trabajos que requieren mucha precisión.	(V)
165.	Estaría dispuesto a trabajar mucho tiempo para poder llegar a ser alguien importante.	(V) (F)	178.	Mi capacidad para fantasear es superior a mi sentido de realidad.	(V)
166.	Me gustaría mucho poder vender nuevas ideas o productos a la gente.	(V) (F)	179.	Estoy motivado para llegar a ser uno de los mejores en mi campo de trabajo.	(V)
167.	Generalmente logro persuadir a los demás para que hagan lo que yo quiero que hagan.	(V) (F)	180.	Tengo una forma de ser que logra que la gente enseguida guste de mí.	(V)

Tabla Anexa 4: Estadísticos de grupo

	SII	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Apertura	SII	127	66,82	15,399	1,366
	Sano	81	70,74	14,149	1,572
Preservación	SII	127	32,93	17,314	1,536
	Sano	81	26,89	16,931	1,881
Modificación	SII	127	58,64	22,721	2,016
	Sano	81	58,00	21,604	2,400
Acomodación	SII	127	35,91	22,209	1,971
	Sano	81	36,46	21,753	2,417
Individualismo	SII	127	56,65	21,995	1,952
	Sano	81	62,57	25,212	2,801
Protección	SII	127	51,53	24,079	2,137
	Sano	81	40,96	23,874	2,653
Extraversión	SII	127	54,71	22,083	1,960
	Sano	81	50,91	23,399	2,600
Introversión	SII	127	36,13	23,842	2,116
	Sano	81	35,86	23,283	2,587
Sensación	SII	127	58,92	25,342	2,249
	Sano	81	67,80	25,470	2,830
Intuición	SII	127	41,31	25,463	2,259
	Sano	81	32,77	24,593	2,733
Reflexión	SII	127	48,40	25,650	2,276
	Sano	81	54,10	24,100	2,678
Afectividad	SII	127	49,54	24,756	2,197
	Sano	81	40,00	21,802	2,422
Sistematización	SII	127	57,24	25,169	2,233
	Sano	81	55,89	27,019	3,002
Innovación	SII	127	38,64	22,465	1,993
	Sano	81	34,88	27,536	3,060

Retraimiento	SII	127	39,76	24,533	2,177
	Sano	81	38,80	23,096	2,566
Comunicatividad	SII	127	54,75	25,320	2,247
	Sano	81	56,15	25,780	2,864
Vacilación	SII	127	37,59	24,052	2,134
	Sano	81	30,42	17,777	1,975
Firmeza	SII	127	61,00	21,568	1,914
	Sano	81	65,68	17,959	1,995
Discrepancia	SII	127	35,43	19,073	1,692
	Sano	81	35,98	21,030	2,337
Conformismo	SII	127	53,44	19,489	1,729
	Sano	81	56,91	21,826	2,425
Sometimiento	SII	127	20,96	15,133	1,343
	Sano	81	18,11	14,221	1,580
Control	SII	127	64,99	22,607	2,006
	Sano	81	67,90	20,865	2,318
Insatisfacción	SII	127	35,13	21,926	1,946
	Sano	81	34,53	20,761	2,307
Concordancia	SII	127	51,33	23,094	2,049
	Sano	81	44,58	21,783	2,420

Tabla Anexa 5: Prueba de T de Student para muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Apertura	Se han asumido varianzas iguales	,111	,739	-1,848	206	,066	-3,922	2,122	-8,106	,263
	No se han asumido varianzas iguales			-1,853	180,960	,061	-3,922	2,083	-8,032	,188
Preservación	Se han asumido varianzas iguales	,984	,322	2,475	206	,014	6,040	2,441	1,228	10,853
	No se han asumido varianzas iguales			2,487	173,347	,014	6,040	2,429	1,246	10,834
Modificación	Se han asumido varianzas iguales	,054	,817	,201	206	,841	,638	3,170	-5,612	6,888
	No se han asumido varianzas iguales			,203	176,816	,839	,638	3,135	-5,549	6,824
Acomodación	Se han asumido varianzas iguales	,011	,916	-,173	206	,862	-,543	3,133	-6,720	5,633
	No se han asumido varianzas iguales			-,174	173,144	,862	-,543	3,119	-6,699	5,612
Individualismo	Se han asumido varianzas iguales	2,519	,114	-1,785	206	,076	-5,914	3,313	-12,446	,617
	No se han asumido varianzas iguales			-1,732	153,548	,085	-5,914	3,414	-12,659	,831
Protección	Se han asumido varianzas iguales	,008	,930	3,096	206	,002	10,565	3,413	3,836	17,293
	No se han asumido varianzas iguales			3,102	171,616	,002	10,565	3,406	3,841	17,288
Extraversión	Se han asumido varianzas iguales	,932	,336	1,181	206	,239	3,795	3,214	-2,542	10,132
	No se han asumido varianzas iguales			1,166	163,260	,245	3,795	3,256	-2,634	10,224
Introversión	Se han asumido varianzas iguales	,030	,862	,080	206	,936	,270	3,360	-6,354	6,893
	No se han asumido varianzas iguales			,081	173,515	,936	,270	3,342	-6,326	6,866
Sensación	Se han asumido varianzas iguales	,284	,595	-2,460	206	,015	-8,881	3,611	-16,000	-1,763
	No se han asumido varianzas iguales			-2,457	169,911	,015	-8,881	3,615	-16,017	-1,746

Intuición	Se han asumido varianzas iguales	,363	,548	2,393	206	,018	8,550	3,573	1,505	15,594
	No se han asumido varianzas iguales			2,411	174,887	,017	8,550	3,546	1,552	15,547
Reflexión	Se han asumido varianzas iguales	,770	,381	-1,599	206	,111	-5,697	3,563	-12,723	1,328
	No se han asumido varianzas iguales			-1,621	178,273	,107	-5,697	3,514	-12,632	1,238
Afectividad	Se han asumido varianzas iguales	1,576	,211	2,837	206	,005	9,543	3,363	2,912	16,174
	No se han asumido varianzas iguales			2,918	185,870	,004	9,543	3,270	3,092	15,995
Sistematización	Se han asumido varianzas iguales	,490	,485	,368	206	,713	1,355	3,683	-5,907	8,617
	No se han asumido varianzas iguales			,362	161,628	,718	1,355	3,742	-6,034	8,744
Innovación	Se han asumido varianzas iguales	4,561	,034	1,077	206	,283	3,761	3,492	-3,124	10,646
	No se han asumido varianzas iguales			1,030	145,671	,305	3,761	3,652	-3,456	10,978
Retraimiento	Se han asumido varianzas iguales	,359	,550	,282	206	,778	,961	3,411	-5,763	7,685
	No se han asumido varianzas iguales			,286	178,032	,775	,961	3,365	-5,679	7,602
Comunicatividad	Se han asumido varianzas iguales	,061	,806	-,386	206	,700	-1,400	3,626	-8,549	5,749
	No se han asumido varianzas iguales			-,385	168,276	,701	-1,400	3,641	-8,587	5,787
Vacilación	Se han asumido varianzas iguales	5,840	,017	2,310	206	,022	7,171	3,104	1,051	13,291
	No se han asumido varianzas iguales			2,466	201,480	,015	7,171	2,908	1,437	12,905
Firmeza	Se han asumido varianzas iguales	3,740	,054	-1,626	206	,106	-4,679	2,878	-10,354	,996
	No se han asumido varianzas iguales			-1,692	191,820	,092	-4,679	2,765	-10,132	,774
Discrepancia	Se han asumido varianzas iguales	,293	,589	-,195	206	,846	-,550	2,823	-6,117	5,016
	No se han asumido varianzas iguales			-,191	158,295	,849	-,550	2,885	-6,249	5,148

Conformismo	Se han asumido varianzas iguales	1,431	,233	-1,195	206	,233	-3,473	2,905	-9,200	2,254
	No se han asumido varianzas iguales			-1,166	156,376	,245	-3,473	2,979	-9,356	2,411
Sometimiento	Se han asumido varianzas iguales	,133	,716	1,355	206	,177	2,850	2,102	-1,296	6,995
	No se han asumido varianzas iguales			1,374	178,247	,171	2,850	2,074	-1,243	6,942
Control	Se han asumido varianzas iguales	1,112	,293	-,932	206	,352	-2,909	3,121	-9,062	3,244
	No se han asumido varianzas iguales			-,949	180,428	,344	-2,909	3,066	-8,958	3,140
Insatisfacción	Se han asumido varianzas iguales	,435	,510	,195	206	,846	,595	3,055	-5,427	6,617
	No se han asumido varianzas iguales			,197	177,329	,844	,595	3,018	-5,360	6,550
Concordancia	Se han asumido varianzas iguales	,325	,569	2,101	206	,037	6,750	3,213	,416	13,085
	No se han asumido varianzas iguales			2,129	177,797	,035	6,750	3,171	,492	13,009

Tabla Anexa 6: Resultados Estadísticos Descriptivos para la Prueba ANOVA de las Escalas del MIPS

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Apertura	Mórbido	71	64,23	15,958	1,894	60,45	68,00	21	95
	Banalizadores	56	70,11	14,122	1,887	66,33	73,89	29	92
	Sano	81	70,74	14,149	1,572	67,61	73,87	40	95
	Total	208	68,35	15,013	1,041	66,29	70,40	21	95
Preservación	Mórbido	71	35,59	18,031	2,140	31,32	39,86	5	78
	Banalizadores	56	29,55	15,881	2,122	25,30	33,81	7	75
	Sano	81	26,89	16,931	1,881	23,15	30,63	5	86
	Total	208	30,58	17,377	1,205	28,20	32,95	5	86
Modificación	Mórbido	71	58,49	22,102	2,623	53,26	63,72	0	98
	Banalizadores	56	58,82	23,682	3,165	52,48	65,16	0	96
	Sano	81	58,00	21,604	2,400	53,22	62,78	0	96
	Total	208	58,39	22,242	1,542	55,35	61,43	0	98
Acomodación	Mórbido	71	34,52	20,353	2,415	29,70	39,34	0	93
	Banalizadores	56	37,68	24,435	3,265	31,13	44,22	3	100
	Sano	81	36,46	21,753	2,417	31,65	41,27	3	100
	Total	208	36,13	21,981	1,524	33,12	39,13	0	100
Individualismo	Mórbido	71	51,45	21,939	2,604	46,26	56,64	7	100
	Banalizadores	56	63,25	20,408	2,727	57,78	68,72	3	100

	Sano	81	62,57	25,212	2,801	56,99	68,14	3	100
	Total	208	58,96	23,420	1,624	55,76	62,16	3	100
Protección	Mórbido	71	50,03	21,810	2,588	44,87	55,19	0	92
	Banalizadores	56	53,43	26,763	3,576	46,26	60,60	0	94
	Sano	81	40,96	23,874	2,653	35,68	46,24	0	98
	Total	208	47,41	24,492	1,698	44,07	50,76	0	98
Extraversión	Mórbido	71	51,86	22,490	2,669	46,54	57,18	0	85
	Banalizadores	56	58,32	21,206	2,834	52,64	64,00	0	95
	Sano	81	50,91	23,399	2,600	45,74	56,09	0	95
	Total	208	53,23	22,625	1,569	50,14	56,32	0	95
Introversión	Mórbido	71	34,92	23,336	2,769	29,39	40,44	5	100
	Banalizadores	56	37,68	24,594	3,286	31,09	44,26	5	100
	Sano	81	35,86	23,283	2,587	30,72	41,01	5	97
	Total	208	36,03	23,570	1,634	32,81	39,25	5	100
Sensación	Mórbido	71	59,18	24,510	2,909	53,38	64,98	0	95
	Banalizadores	56	58,59	26,580	3,552	51,47	65,71	0	95
	Sano	81	67,80	25,470	2,830	62,17	73,43	0	95
	Total	208	62,38	25,700	1,782	58,87	65,89	0	95
Intuición	Mórbido	71	35,76	24,566	2,915	29,95	41,58	1	100
	Banalizadores	56	48,36	25,039	3,346	41,65	55,06	5	100
	Sano	81	32,77	24,593	2,733	27,33	38,20	0	100
	Total	208	37,99	25,414	1,762	34,51	41,46	0	100

Reflexión	Mórbido	71	48,01	24,257	2,879	42,27	53,76	0	100
	Banalizadores	56	48,89	27,532	3,679	41,52	56,27	0	100
	Sano	81	54,10	24,100	2,678	48,77	59,43	0	100
	Total	208	50,62	25,154	1,744	47,18	54,06	0	100
Afectividad	Mórbido	71	47,00	23,231	2,757	41,50	52,50	0	100
	Banalizadores	56	52,77	26,425	3,531	45,69	59,84	0	100
	Sano	81	40,00	21,802	2,422	35,18	44,82	0	85
	Total	208	45,83	24,052	1,668	42,54	49,11	0	100
Sistematización	Mórbido	71	61,59	23,484	2,787	56,03	67,15	4	95
	Banalizadores	56	51,73	26,345	3,520	44,68	58,79	0	93
	Sano	81	55,89	27,019	3,002	49,91	61,86	0	97
	Total	208	56,72	25,849	1,792	53,18	60,25	0	97
Innovación	Mórbido	71	33,15	21,735	2,579	28,01	38,30	0	85
	Banalizadores	56	45,59	21,607	2,887	39,80	51,38	0	95
	Sano	81	34,88	27,536	3,060	28,79	40,97	0	100
	Total	208	37,17	24,568	1,703	33,81	40,53	0	100
Retraimiento	Mórbido	71	40,21	24,565	2,915	34,40	46,03	0	100
	Banalizadores	56	39,20	24,702	3,301	32,58	45,81	5	100
	Sano	81	38,80	23,096	2,566	33,70	43,91	0	100
	Total	208	39,39	23,931	1,659	36,12	42,66	0	100
Comunicatividad	Mórbido	71	52,63	24,223	2,875	46,90	58,37	11	100
	Banalizadores	56	57,43	26,625	3,558	50,30	64,56	0	100

	Sano	81	56,15	25,780	2,864	50,45	61,85	0	100
	Total	208	55,29	25,447	1,764	51,81	58,77	0	100
Vacilación	Mórbido	71	40,51	24,221	2,874	34,77	46,24	9	100
	Banalizadores	56	33,89	23,532	3,145	27,59	40,19	9	100
	Sano	81	30,42	17,777	1,975	26,49	34,35	5	85
	Total	208	34,80	22,058	1,529	31,78	37,81	5	100
Firmeza	Mórbido	71	60,04	20,385	2,419	55,22	64,87	11	100
	Banalizadores	56	62,21	23,111	3,088	56,03	68,40	0	98
	Sano	81	65,68	17,959	1,995	61,71	69,65	0	100
	Total	208	62,82	20,323	1,409	60,04	65,60	0	100
Discrepancia	Mórbido	71	31,85	16,968	2,014	27,83	35,86	9	75
	Banalizadores	56	39,96	20,722	2,769	34,41	45,51	7	100
	Sano	81	35,98	21,030	2,337	31,33	40,63	5	100
	Total	208	35,64	19,809	1,374	32,93	38,35	5	100
Conformismo	Mórbido	71	54,86	19,807	2,351	50,17	59,55	9	95
	Banalizadores	56	51,64	19,102	2,553	46,53	56,76	5	85
	Sano	81	56,91	21,826	2,425	52,09	61,74	0	93
	Total	208	54,79	20,449	1,418	52,00	57,59	0	95
Sometimiento	Mórbido	71	20,10	12,041	1,429	17,25	22,95	0	56
	Banalizadores	56	22,05	18,383	2,457	17,13	26,98	0	75
	Sano	81	18,11	14,221	1,580	14,97	21,26	0	72
	Total	208	19,85	14,816	1,027	17,83	21,88	0	75

Control	Mórbido	71	63,45	23,229	2,757	57,95	68,95	11	100
	Banalizadores	56	66,95	21,844	2,919	61,10	72,80	20	100
	Sano	81	67,90	20,865	2,318	63,29	72,51	17	100
	Total	208	66,13	21,940	1,521	63,13	69,12	11	100
Insatisfacción	Mórbido	71	34,58	21,703	2,576	29,44	39,71	0	100
	Banalizadores	56	35,82	22,384	2,991	29,83	41,82	0	89
	Sano	81	34,53	20,761	2,307	29,94	39,12	0	89
	Total	208	34,89	21,431	1,486	31,96	37,82	0	100
Concordancia	Mórbido	71	52,17	20,595	2,444	47,29	57,04	0	92
	Banalizadores	56	50,27	26,074	3,484	43,29	57,25	0	94
	Sano	81	44,58	21,783	2,420	39,76	49,40	0	89
	Total	208	48,70	22,779	1,579	45,59	51,82	0	94

Tabla Anexa 7: Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de			
	Levene	gl1	gl2	Sig.
Apertura	,282	2	205	,755
Preservación	,993	2	205	,372
Modificación	,227	2	205	,797
Acomodación	,396	2	205	,673
Individualismo	1,870	2	205	,157
Protección	1,057	2	205	,349
Extraversión	1,300	2	205	,275
Introversión	,130	2	205	,878
Sensación	,457	2	205	,634
Intuición	,375	2	205	,688
Reflexión	,723	2	205	,486
Afectividad	1,012	2	205	,365
Sistematización	1,031	2	205	,359
Innovación	3,569	2	205	,030
Retraimiento	,176	2	205	,839
Comunicatividad	,200	2	205	,819
Vacilación	2,845	2	205	,060
Firmeza	3,030	2	205	,051
Discrepancia	1,200	2	205	,303
Conformismo	,750	2	205	,474
Sometimiento	3,739	2	205	,025
Control	,873	2	205	,419
Insatisfacción	,731	2	205	,483
Concordancia	2,846	2	205	,060

Tabla Anexa 8: ANOVA Para Cada Escala del MIPS

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Apertura	Inter-grupos	1843,770	2	921,885	4,217	,016
	Intra-grupos	44811,307	205	218,592		
	Total	46655,077	207			
Preservación	Inter-grupos	2945,775	2	1472,888	5,069	,007
	Intra-grupos	59562,994	205	290,551		
	Total	62508,769	207			
Modificación	Inter-grupos	23,496	2	11,748	,024	,977
	Intra-grupos	102379,961	205	499,414		
	Total	102403,457	207			
Acomodación	Inter-grupos	326,719	2	163,359	,336	,715
	Intra-grupos	99690,031	205	486,293		
	Total	100016,750	207			
Individualismo	Inter-grupos	6088,657	2	3044,328	5,808	,004
	Intra-grupos	107451,954	205	524,156		
	Total	113540,611	207			
Protección	Inter-grupos	5881,895	2	2940,948	5,097	,007
	Intra-grupos	118288,547	205	577,017		
	Total	124170,442	207			
Extraversión	Inter-grupos	2019,722	2	1009,861	1,992	,139
	Intra-grupos	103939,201	205	507,020		
	Total	105958,923	207			
Introversión	Inter-grupos	242,614	2	121,307	,217	,805
	Intra-grupos	114753,213	205	559,772		
	Total	114995,827	207			
Sensación	Inter-grupos	3911,982	2	1955,991	3,019	,051
	Intra-grupos	132805,013	205	647,829		
	Total	136716,995	207			
Intuición	Inter-grupos	8582,627	2	4291,313	7,031	,001

	Intra-grupos	125112,330	205	610,304		
	Total	133694,957	207			
Reflexión	Inter-grupos	1629,442	2	814,721	1,291	,277
	Intra-grupos	129341,553	205	630,934		
	Total	130970,995	207			
Afectividad	Inter-grupos	5545,787	2	2772,894	4,977	,008
	Intra-grupos	114205,982	205	557,102		
	Total	119751,769	207			
Sistematización	Inter-grupos	3134,127	2	1567,064	2,376	,095
	Intra-grupos	135178,137	205	659,406		
	Total	138312,264	207			
Innovación	Inter-grupos	5540,154	2	2770,077	4,756	,010
	Intra-grupos	119403,615	205	582,457		
	Total	124943,769	207			
Retraimiento	Inter-grupos	77,947	2	38,973	,067	,935
	Intra-grupos	118473,510	205	577,920		
	Total	118551,457	207			
Comunicatividad	Inter-grupos	816,695	2	408,348	,628	,535
	Intra-grupos	133230,415	205	649,904		
	Total	134047,111	207			
Vacilación	Inter-grupos	3912,687	2	1956,344	4,143	,017
	Intra-grupos	96804,832	205	472,219		
	Total	100717,519	207			
Firmeza	Inter-grupos	1230,462	2	615,231	1,497	,226
	Intra-grupos	84265,956	205	411,053		
	Total	85496,418	207			
Discrepancia	Inter-grupos	2078,782	2	1039,391	2,692	,070
	Intra-grupos	79151,175	205	386,103		
	Total	81229,957	207			
Conformismo	Inter-grupos	920,267	2	460,133	1,101	,334
	Intra-grupos	85639,844	205	417,755		
	Total	86560,111	207			

Sometimiento	Inter-grupos	521,231	2	260,615	1,189	,306
	Intra-grupos	44915,149	205	219,098		
	Total	45436,380	207			
Control	Inter-grupos	801,123	2	400,562	,831	,437
	Intra-grupos	98841,627	205	482,154		
	Total	99642,750	207			
Insatisfacción	Inter-grupos	65,962	2	32,981	,071	,931
	Intra-grupos	95009,711	205	463,462		
	Total	95075,673	207			
Concordancia	Inter-grupos	2366,837	2	1183,418	2,310	,102
	Intra-grupos	105044,682	205	512,413		
	Total	107411,519	207			

Tabla Anexa 9: Comparaciones múltiples Pruebas Post Hoc Paramétricas

Variable dependiente		(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
							Límite inferior	Límite superior
Apertura	Scheffé	Mórbido	Banalizadores	-5,882	2,642	,086	-12,40	,63
			Sano	-6,515*	2,404	,027	-12,44	-,59
		Banalizadores	Mórbido	5,882	2,642	,086	-,63	12,40
			Sano	-,634	2,569	,970	-6,97	5,70
		Sano	Mórbido	6,515*	2,404	,027	,59	12,44
	Banalizadores		,634	2,569	,970	-5,70	6,97	
	Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	-5,882	2,642	,081	-12,26	,50
			Sano	-6,515*	2,404	,022	-12,32	-,71
		Banalizadores	Mórbido	5,882	2,642	,081	-,50	12,26
			Sano	-,634	2,569	1,000	-6,84	5,57
Sano		Mórbido	6,515*	2,404	,022	,71	12,32	
	Banalizadores	,634	2,569	1,000	-5,57	6,84		
Preservación	Scheffé	Mórbido	Banalizadores	6,038	3,046	,143	-1,47	13,55
			Sano	8,703*	2,771	,008	1,87	15,54
		Banalizadores	Mórbido	-6,038	3,046	,143	-13,55	1,47
			Sano	2,665	2,962	,668	-4,64	9,97
		Sano	Mórbido	-8,703*	2,771	,008	-15,54	-1,87

			Banalizadores	-2,665	2,962	,668	-9,97	4,64
	Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	6,038	3,046	,146	-1,32	13,39
			Sano	8,703 ⁺	2,771	,006	2,01	15,39
		Banalizadores	Mórbido	-6,038	3,046	,146	-13,39	1,32
			Sano	2,665	2,962	1,000	-4,49	9,82
		Sano	Mórbido	-8,703 ⁺	2,771	,006	-15,39	-2,01
			Banalizadores	-2,665	2,962	1,000	-9,82	4,49
Individualismo	Scheffé	Mórbido	Banalizadores	-11,799 ⁺	4,092	,017	-21,89	-1,71
			Sano	-11,117 ⁺	3,722	,013	-20,29	-1,94
		Banalizadores	Mórbido	11,799 ⁺	4,092	,017	1,71	21,89
			Sano	,682	3,979	,985	-9,13	10,49
		Sano	Mórbido	11,117 ⁺	3,722	,013	1,94	20,29
			Banalizadores	-,682	3,979	,985	-10,49	9,13
	Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	-11,799 ⁺	4,092	,013	-21,68	-1,92
			Sano	-11,117 ⁺	3,722	,009	-20,10	-2,13
		Banalizadores	Mórbido	11,799 ⁺	4,092	,013	1,92	21,68
			Sano	,682	3,979	1,000	-8,92	10,29
		Sano	Mórbido	11,117 ⁺	3,722	,009	2,13	20,10
			Banalizadores	-,682	3,979	1,000	-10,29	8,92
Protección	Scheffé	Mórbido	Banalizadores	-3,400	4,293	,731	-13,99	7,19
			Sano	9,065	3,905	,070	-,56	18,69
		Banalizadores	Mórbido	3,400	4,293	,731	-7,19	13,99

		Sano		12,466 [*]	4,175	,013	2,17	22,76
		Sano	Mórbido	-9,065	3,905	,070	-18,69	,56
			Banalizadores	-12,466 [*]	4,175	,013	-22,76	-2,17
	Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	-3,400	4,293	1,000	-13,76	6,96
			Sano	9,065	3,905	,064	-,36	18,49
		Banalizadores	Mórbido	3,400	4,293	1,000	-6,96	13,76
			Sano	12,466 [*]	4,175	,010	2,39	22,54
		Sano	Mórbido	-9,065	3,905	,064	-18,49	,36
			Banalizadores	-12,466 [*]	4,175	,010	-22,54	-2,39
Intuición	Scheffé	Mórbido	Banalizadores	-12,597 [*]	4,415	,018	-23,48	-1,71
			Sano	2,995	4,016	,758	-6,91	12,90
		Banalizadores	Mórbido	12,597 [*]	4,415	,018	1,71	23,48
			Sano	15,592 [*]	4,293	,002	5,01	26,18
		Sano	Mórbido	-2,995	4,016	,758	-12,90	6,91
			Banalizadores	-15,592 [*]	4,293	,002	-26,18	-5,01
	Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	-12,597 [*]	4,415	,014	-23,25	-1,94
			Sano	2,995	4,016	1,000	-6,70	12,69
		Banalizadores	Mórbido	12,597 [*]	4,415	,014	1,94	23,25
			Sano	15,592 [*]	4,293	,001	5,23	25,95
		Sano	Mórbido	-2,995	4,016	1,000	-12,69	6,70
			Banalizadores	-15,592 [*]	4,293	,001	-25,95	-5,23
Afectividad	Scheffé	Mórbido	Banalizadores	-5,768	4,218	,394	-16,17	4,63

		Sano		7,000	3,837	,192	-2,46	16,46
	Banalizadores	Mórbido		5,768	4,218	,394	-4,63	16,17
		Sano		12,768*	4,102	,009	2,65	22,88
	Sano	Mórbido		-7,000	3,837	,192	-16,46	2,46
		Banalizadores		-12,768*	4,102	,009	-22,88	-2,65
Bonferroni	Mórbido	Banalizadores		-5,768	4,218	,519	-15,95	4,41
		Sano		7,000	3,837	,209	-2,26	16,26
	Banalizadores	Mórbido		5,768	4,218	,519	-4,41	15,95
		Sano		12,768*	4,102	,006	2,87	22,67
	Sano	Mórbido		-7,000	3,837	,209	-16,26	2,26
		Banalizadores		-12,768*	4,102	,006	-22,67	-2,87
Vacilación	Scheffé	Mórbido	Banalizadores	6,614	3,884	,237	-2,96	16,19
		Sano		10,087*	3,533	,018	1,38	18,80
	Banalizadores	Mórbido		-6,614	3,884	,237	-16,19	2,96
		Sano		3,473	3,777	,656	-5,84	12,79
	Sano	Mórbido		-10,087*	3,533	,018	-18,80	-1,38
		Banalizadores		-3,473	3,777	,656	-12,79	5,84
	Bonferroni	Mórbido	Banalizadores	6,614	3,884	,270	-2,76	15,99
		Sano		10,087*	3,533	,014	1,56	18,61
	Banalizadores	Mórbido		-6,614	3,884	,270	-15,99	2,76
		Sano		3,473	3,777	1,000	-5,64	12,59

Sano	Mórbido	-10,087*	3,533	,014	-18,61	-1,56
	Banalizadores	-3,473	3,777	1,000	-12,59	5,64

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Tabla Anexa 10: Comparaciones múltiples Prueba Post Hoc No Paramétrica

Innovación

T3 de Dunnett

(I) Grupo	(J) Grupo	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Mórbido	Banalizadores	-12,434*	3,872	,005	-21,81	-3,06
	Sano	-1,722	4,002	,963	-11,38	7,94
Banalizadores	Mórbido	12,434*	3,872	,005	3,06	21,81
	Sano	10,713*	4,207	,036	,54	20,88
Sano	Mórbido	1,722	4,002	,963	-7,94	11,38
	Banalizadores	-10,713*	4,207	,036	-20,88	-,54

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.